



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

# Allianz Opieka Zdrowotna

Indeks AOZ01

W związku ze zmianą adresu naszego biura zmienia się adres do korespondencji – w tym do składania reklamacji, skarg i zażaleń

**Od 16.03.2024 r. nasz nowy adres to:**

**UL. INFLANCKA 4B, 00-189 WARSZAWA**

## Skorowidz

Do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna (indeks AOZ 01) zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 45/2009 z dnia 18.05.2009 roku, zmienionych aneksem nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 3/2010 z dnia 19.01.2010 r. (zwanym łącznie o.w.u) wprowadza się informację, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia</p>	<p><b>Zakres podstawowy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- §2 ust. 1 i 2</li> <li>- §12 ust. 1 – 4</li> <li>- §12 ust. 1– 7</li> <li>- §13 ust. 6</li> <li>- §14 ust. 1 i 3</li> <li>- załącznik nr 1 i nr 2 do o.w.u.</li> </ul> <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, znajdujących się w §1 ust. 2</p> <p><b>Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej</li> <li>- §1 ust. 3 i 4</li> <li>- §2 ust. 1 – 6, 8 i 10 – 13</li> <li>- §3 ust. 1 – 3 i 5</li> </ul> <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i w §1 ust. 1 o.w.u. umowy dodatkowej</p> <p><b>Ogólne warunki ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu chirurgii jednego dnia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej</li> <li>- §3 ust. 1 – 3</li> <li>- §4</li> </ul> <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i w §1 i 2 o.w.u. umowy dodatkowej</p>

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	<p><b>Ogólne warunki ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej</li> <li>- §2 ust. 1 – 2</li> <li>- §3 ust. 1 – 2 i 4 – 5</li> </ul> <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i w §1 o.w.u. umowy dodatkowej</p> <p><b>Ogólne warunki dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej</li> <li>- §2 ust. 1 – 8</li> <li>- §4</li> </ul> <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i w §1 o.w.u. umowy dodatkowej</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia</p>	<p><b>Zakres podstawowy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- §2 ust. 7 – 10</li> <li>- §8 ust. 2 – 3</li> <li>- §12 ust. 5</li> <li>- §12 ust. 12 – 13</li> <li>- §13 ust. 4</li> <li>- cennik gwarantowanych świadczeń zdrowotnych wskazany w tabeli znajdującej się w załączniku nr 2 do o.w.u. – „kwota refundacji”</li> </ul> <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, znajdujących się w §1 ust. 2</p> <p><b>Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- §2 ust. 7, 9 i 14</li> <li>- §3 ust. 4</li> <li>- wysokości limitów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w §2 ust. 2 pkt. 1) – 13) i ust. 3 – 4, 11 – 12</li> <li>- §8 ust. 2 – 3 o.w.u. umowy podstawowej</li> </ul> <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej</p>

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	<p><b>Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu chirurgii jednego dnia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- §3 ust. 4 – 5</li> <li>- §8 ust. 2 – 3 o.w.u. umowy podstawowej</li> </ul> <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u.</p> <p><b>Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- §2 ust. 3 – 4</li> <li>- §3 ust. 3</li> <li>- §8 ust. 2 – 3 o.w.u. umowy podstawowej</li> </ul> <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u.</p> <p><b>Ogólne warunki dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- §2 ust. 9 – 10</li> <li>- §3 ust. 1</li> <li>- §8 ust. 2 – 3 o.w.u. umowy podstawowej</li> </ul> <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u.</p>

# Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna (indeks AOZ 01)

## § 1.

### Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, zwane dalej o.w.u., stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (zwane dalej Allianz) z Ubezpieczającymi.

2.

Użyte w niniejszych o.w.u. oraz w dodatkowych umowach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **akt przemocy** – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko Ubezpieczonemu, co zniewała go do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez Ubezpieczonego, przez co swoboda woli Ubezpieczonego – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
- 2) **akt terroru** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszania ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciwko społeczeństwu z zamiarem jego zastraszania dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych;
- 3) **centrum operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Allianz udzielający świadczeń opiekuńczych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Allianz za pośrednictwem Ubezpieczającego;
- 4) **choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 5) **choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed zawarciem umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 6) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
- 7) **data przystąpienia do ubezpieczenia** – data wskazana w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia jako data rozpoczęcia odpowiedzialności Allianz w stosunku do Ubezpieczonego;
- 8) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 9) **Dyrekcja Generalna** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz, powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie;
- 10) **działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
  - a) stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu lub
  - b) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>;
- 11) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpieczonego lub jego współmałżonka, przystępujące do ubezpieczenia w formie Pakietu Rodzinnego, które po objęciu ochroną ubezpieczeniową staje się Ubezpieczonym;
- 12) **Główny Ubezpieczony** – pracownik wskazujący Ubezpieczającemu osoby do objęcia ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego, reprezentujący je w okresie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczającego oraz Allianz, będący również Ubezpieczonym;
- 13) **identyfikator** – dokument służący placówkom medycznym do wstępnej weryfikacji Ubezpieczonego; identyfikator ważny jest tylko z zaopatrzeniem w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna);
- 14) **karencja** – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Allianz z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowych umów ubezpieczenia, przez okres w nich wskazany;
- 15) **Pakiet Indywidualny** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest pracownik Ubezpieczającego;
- 16) **Pakiet Rodzinny** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony, jego współmałżonek, ich dzieci własne lub przysposobione; dopuszcza się objęcie ochroną ubezpieczeniową Głównego Ubezpieczonego wraz z dzieckiem/dziećmi jak i Głównego Ubezpieczonego wraz ze współmałżonkiem;
- 17) **placówki medyczne** – zakłady opieki zdrowotnej o których mowa w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 roku, nr 14 poz. 89 j. t.) z późn. zm., wskazane przez Allianz, w których Ubezpieczony może uzyskać świadczenia zdrowotne wymienione w załączniku nr 1 do niniejszej umowy ubezpieczenia oraz świadczenia wynikające z ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej i ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii; informacja o aktualnym wykazie placówek medycznych, które podpisały z Allianz umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych i zakresie udzielanych tam świadczeń zdrowotnych dostępna jest pod numerem infolinii medycznej wskazanym na imiennym identyfikatorze; wykaz placówek medycznych udostępniany jest na stronie [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl);
- 18) **polisa** – dokument wystawiony przez Allianz, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 19) **profilaktyczny przegląd stanu zdrowia** – badanie lekarskie, usługi medyczne i diagnostyczne świadczone w warunkach ambulatoryjnych mające na celu zapobieganie chorobom;
- 20) **przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
  - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń,
  - b) czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w wyniku upadków,
  - c) energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń, czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc,
  - d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych,jednocześnie zastrzega się, iż stres i przeżycia Ubezpieczonego nie są przyczyną zewnętrzną według o.w.u.;
- 21) **przysposobienie** – powstanie takiego stosunku pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym, jak między rodzicami a dziećmi (w tym przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite, potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka);
- 22) **pracownik** – osoba fizyczna, zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub innej umowy cywilnoprawnej w szczególności umowy zlecenia, umowy o dzieło, której przedmiotem jest świadczenie pracy, lub osoba z którą łączy z Ubezpieczającym stosunek prawny opisany w pkt 30 poniżej;
- 23) **przedstawiciel ustawowy** – osoba, której umocowanie do działania w imieniu osoby niemającej zdolności do czynności prawnych lub mającej ograniczoną zdolność do czynności prawnych, wynika z przepisów prawa;
- 24) **rocznica polisy** – data, która w kolejnych latach kalendarzowych jest rocznicą daty określonej w polisie jako data początku ochrony ubezpieczeniowej;
- 25) **rok polisowy** – okres trwający od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do pierwszej rocznicy polisy oraz każdy okres trwający między kolejnymi rocznicami polisy;
- 26) **składka** – składka ubezpieczeniowa w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym oraz w ramach zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym;
- 27) **suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota, będąca podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia,

wypłacanego w razie zajścia w życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia lub dodatkowej umowie ubezpieczenia;

- 28) **świadczenia zdrowotne** – badanie lekarskie, usługi medyczne i diagnostyczne świadczone w warunkach ambulatoryjnych w zakresie określonym w umowie ubezpieczenia dla odpowiedniego wariantu ubezpieczenia, mające na celu przywrócenie lub poprawę zdrowia Ubezpieczonego; w rozumieniu niniejszych o.w.u. świadczenia zdrowotne obejmują również profilaktyczny przegląd stanu zdrowia;
- 29) **wariant ubezpieczenia** – zakres świadczeń przysługujący Ubezpieczonemu w ramach zawartej umowy ubezpieczenia;
- 30) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca pracowników; dla potrzeb niniejszych o.w.u. na równi z zatrudnieniem (stosunkiem pracy) traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i pracownikiem związku uzasadniającego – zdaniem Allianz – możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych o.w.u. (np. przynależność Ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego);
- 31) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia; w przypadku przystępowania do umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego Ubezpieczonym jest pracownik Ubezpieczającego, w przypadku przystępowania do umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Rodzinnego Ubezpieczonym jest Główny Ubezpieczony i wskazane przez niego osoby objęte ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego;
- 32) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana między Allianz a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych o.w.u.;
- 33) **Uposażony** – osoba, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 34) **współmałżonek** – osoba płci odmiennej, z którą Główny Ubezpieczony w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Rodzinnego pozostaje w związku małżeńskim bądź konkubinacie, która po objęciu ochroną ubezpieczeniową staje się Ubezpieczonym; w razie zgonu Ubezpieczonego za współmałżonka uznaje się osobę, która w dniu jego zgonu pozostaje z nim w związku małżeńskim i została wskazana w akcie zgonu jako współmałżonek;
- 35) **wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
  - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
  - b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
  - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego
  - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
  - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku adekwatnym z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie;
- 36) **zakład opieki zdrowotnej** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; za zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu niniejszych o.w.u. nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium, uzdrowiska, żłobka;
- 37) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia polegające na:
  - a) zgonie Ubezpieczonego,
  - b) wystąpieniu u Ubezpieczonego choroby,
  - c) doznaniu u Ubezpieczonego obrażeń ciała będących następstwem wypadku,
  - f) ciąży Ubezpieczonego.

## § 2.

### Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w zakresie podstawowym jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy ubezpieczenia polega na:

- 1) zorganizowaniu i pokryciu kosztów świadczeń zdrowotnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej określonych w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u., udostępnionych Ubezpieczonemu w okresie ograniczo-

nym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz i wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz za pośrednictwem infolinii medycznej z powodu choroby, obrażeń ciała będących następstwem wypadku, stanu ciąży, na podstawie ważnego skierowania wystawionego w okresie odpowiedzialności Allianz przez lekarza dostępnego w ramach przysługującego Ubezpieczonemu wariantu ubezpieczenia, w kierującej na badania placówce medycznej lub u jej podwykonawcy; wymóg posiadania skierowania nie dotyczy konsultacji lekarskich z wyłączeniem konsultacji profesorskich i profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszych o.w.u.;

- 2) w razie zgonu Ubezpieczonego – wypłacie Uposażonemu świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;

3.

Podstawowy zakres umowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.

4.

W związku z zawarciem dodatkowych umów ubezpieczenia odpowiedzialnością Allianz mogą być objęte zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.

5.

Zakres ubezpieczenia jest określany w polisie na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie lub zmianę umowy ubezpieczenia.

6.

Zakres ubezpieczenia może być różny dla poszczególnych podgrup Ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia.

7.

Allianz nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:

- 1) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzypisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- 2) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru, rozruchach i zamieszkach;
- 3) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia;
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
- 5) działań wojennych, stanu wojennego;

8.

Allianz nie odpowiada za:

- 1) pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w sytuacjach wymagających działań w trybie nagłym, zwłaszcza wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe);
- 2) pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych wykonywanych bez pośrednictwa infolinii medycznej Allianz i w placówkach medycznych nie wskazanych przez Allianz, chyba że Allianz postanowi inaczej;
- 3) zwrot poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w § 12 ust. 9-12 niniejszych o.w.u., wykonanych w zakładach opieki zdrowotnej, nie zgłoszonych i niezaakceptowanych za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz;
- 4) świadczenia zdrowotne nie zlecone przez lekarza udostępnionego w ramach przysługującego Ubezpieczonemu wariantu ubezpieczenia choćby nawet były dostępne w ramach wariantu ubezpieczenia;
- 5) nieudzielanie informacji lub niezorganizowanie świadczeń zdrowotnych z powodu zadziałania siły wyższej;
- 6) leczenie i diagnostykę niepełności;

9.

Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie jest objęty zakresem ubezpieczenia Allianz.

10.

Wszelkie zgłoszenia wizyty domowej wymagające pilnej interwencji medycznej w szczególności zatrucia, zaburzenia świadomości, utrata

przytomności, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, ostry ból brzucha, nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażeni i niedowładów, krwotoki, zagrożenia życia spowodowane przez nieszczęśliwe wypadki, stany zagrożenia ciąży, poważne urazy, złamania kości traktowane są jako stany zagrożenia życia i winny być zgłaszane bezpośrednio przez Ubezpieczonego do Pogotowia Ratunkowego.

### § 3. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa ubezpieczenia wraz z umowami dodatkowymi zawierana jest na okres jednego roku. Umowa ubezpieczenia wraz z umowami dodatkowymi ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia i dodatkowe umowy ubezpieczenia mogą być przedłużane wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.

2.

W razie przedłużenia umowy ubezpieczenia wraz z dodatkowymi umowami ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia z zachowaniem trybu określonego w ust. 1 umowy te przedłużane są na takich samych warunkach jak umowy zawarte w poprzedzającym je okresie rocznym, a dotychczas obowiązujące dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z umowami dodatkowymi pozostają w mocy, chyba że strony postanowią zmienić warunki umowy ubezpieczenia zgodnie z trybem określonym w § 5 niniejszych o.w.u.

3.

Umowa ubezpieczenia i dodatkowe umowy ubezpieczenia mogą być zawarte dla grupy liczącej co najmniej 5 pracowników.

4.

Do umowy ubezpieczenia można przystąpić w formie:

- 1) Pakietu Indywidualnego;
- 2) Pakietu Rodzinnego.

5.

Ubezpieczeniem w formie Pakietu Indywidualnego może zostać objęta osoba, która w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonego 64 roku życia, chyba że Allianz postanowi inaczej.

6.

Ubezpieczeniem w formie Pakietu Rodzinnego może zostać objęty Główny Ubezpieczony i jego współmałżonek, o ile spełniają kryteria wiekowe określone w ust. 5 powyżej oraz ich dzieci własne lub przysposobione, które w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia nie ukończyły 25. roku życia, chyba że Allianz postanowi inaczej.

7.

Umowa ubezpieczenia i dodatkowe umowy ubezpieczenia są zawierane na podstawie poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, podpisanego przez Ubezpieczającego na formularzu Allianz. Ubezpieczający zobowiązany jest do prawidłowego i kompletnego wypełnienia wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.

8.

Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i przekazać Allianz najpóźniej do 20. dnia miesiąca kalendarzowego poprzedzającego rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej:

- 1) wykaz imienny osób zgłaszanych do ubezpieczenia;
- 2) deklarację przystąpienia do ubezpieczenia każdej z osób zgłaszanych do ubezpieczenia; dokument ten powinien być wypełniony i podpisany przez osobę przystępującą do ubezpieczenia (w razie zawarcia umowy w formie Pakietów Rodzinnych deklarację za niepełnoletnie dziecko podpisuje jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy).

9.

Allianz może wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia innych dokumentów, uznanych przez Allianz za niezbędne

do zawarcia umowy ubezpieczenia, w tym dokumentacji koniecznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego w stosunku do osób zgłaszanych do ubezpieczenia.

10.

Dokumenty wymienione w ust. 8 i 9 powyżej, po ich zaakceptowaniu przez Allianz, stanowią będą załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

11.

Na podstawie uzyskanych przez Allianz informacji zawartych w wniosku oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów Allianz może na podstawie dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.

12.

Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego wniosek wraz z dołączonymi do niego dokumentami Allianz zaproponuje Ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających na niekorzyść Ubezpieczającego od złożonego przez niego wniosku, Allianz zwróci na to na piśmie uwagę Ubezpieczającemu i osobom przystępującym do ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego i/lub Głównym Ubezpieczonym przystępującym do ubezpieczenia w formie Pakietów Rodzinnych oraz wyznaczy im siedmiodniowy termin na zgłoszenie pisemnego sprzeciwu. W razie zgłoszenia sprzeciwu przez Ubezpieczającego umowę uważa się za niezawartą, z kolei w przypadku braku jego sprzeciwu – umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią zaproponowaną przez Allianz następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu. Sprzeciw osoby przystępującej do ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego traktowany jest jako jej rezygnacja z objęcia ochroną na zmienionych warunkach zaproponowanych przez Allianz. Jeżeli sprzeciw złoży Główny Ubezpieczony traktowany jest on jako rezygnacja z objęcia ochroną również zgłaszanych przez niego osób do objęcia ochroną w formie Pakietu Rodzinnego.

13.

Zawarcie umowy ubezpieczenia Allianz potwierdza, wystawiając polise dla Ubezpieczającego oraz certyfikat dla każdego Ubezpieczonego.

14.

Za zgodą Allianz i na warunkach zaproponowanych przez Allianz dopuszcza się możliwość utworzenia w jednej umowie ubezpieczenia kilku podgrup ubezpieczonych ze zróżnicowanym zakresem ochrony. O ile Allianz nie postanowi inaczej, wymagane jest spełnienie przy tym następujących warunków:

- 1) nie dopuszcza się ubezpieczenia tych samych osób w więcej niż jednej podgrupie;
- 2) Ubezpieczeni mogą zmieniać podgrupy poprzez zmianę formy ubezpieczenia z Pakietu Indywidualnego na Pakiet Rodziny, bądź z Pakietu Rodzinnego na Pakiet Indywidualny oraz zmianę wariantu ubezpieczenia tylko raz w roku polisowym. Zmiana wariantu ubezpieczenia nie wymaga ponownego podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

15.

W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Allianz najpóźniej do 20. dnia każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy:

- 1) wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu wraz z ich deklaracjami, z zachowaniem postanowień ust. 8 pkt 2) niniejszych o.w.u.;
- 2) wykaz osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesiącu wygasa odpowiedzialność Allianz.

16.

Jeżeli 20 dzień miesiąca kalendarzowego, o którym mowa w ust. 8 i 15, jest dniem wolnym od pracy, przesłanie dokumentów wymienionych w tych ustępach nastąpi w pierwszym następującym po nim dniu roboczym.

### § 4.

1.

Umowa jest zawierana w trybie, o którym mowa w § 3 niniejszych o. w. u, jeżeli do umowy przystąpi liczba osób wskazana przez Allianz przy zawarciu umowy ubezpieczenia.

2.

Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 1 powyżej, to umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą Allianz i na warunkach zaproponowanych przez Allianz.

## § 5.

### Zmiany umowy ubezpieczenia

1.

Każda ze stron umowy może wystąpić z wnioskiem o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia. Wniosek o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia składany jest drugiej stronie umowy:

- 1) nie później niż na miesiąc przed rocznicą polisy, jeżeli o zmianę wnioskuję Ubezpieczający;
- 2) nie później niż na dwa miesiące przed każdą rocznicą polisy, jeżeli o zmianę wnioskuję Allianz.

2.

Zmiany w umowie ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego dokonywane są za pisemną zgodą Dyrekcji Generalnej Allianz po uzyskaniu uprzedniej zgody Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia w formie Pakietów Indywidualnych lub Głównych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Rodzinnych, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 poniżej. Dokonanie zmian jest możliwe tylko w przypadku zgody wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach umowy ubezpieczenia w formie Pakietów Indywidualnych lub Głównych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Rodzinnych, w razie braku zgody któregokolwiek z nich – zmiany w umowie nie są dokonywane.

3.

Zmiany umowy ubezpieczenia nienaruszające praw Ubezpieczonego mogą być dokonywane bez jego zgody.

4.

Ubezpieczony objęty ochroną w formie Pakietu Indywidualnego lub Główny Ubezpieczony objęty ochroną w formie Pakietu Rodzinnego może wyrazić zgodę na dokonanie zmian umowy ubezpieczenia osobiście lub za pośrednictwem innej umocowanej w tym zakresie osoby (pełnomocnika).

5.

W celu wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 1 powyżej, konieczna jest akceptacja Ubezpieczonych zgodnie z trybem określonym w ust. 2, 3, 4, w przypadku braku umocowania lub jego odwołania, do wniosku o zmianę warunków umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Allianz oświadczenia Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietu Indywidualnego lub Głównych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietu Rodzinnego o wyrażeniu zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia.

## § 6.

### Składka

1.

Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki w wysokości i z częstotliwością wskazaną w umowie ubezpieczenia.

2.

Składka może być płatna za okresy miesięczne, kwartalne, za okres półroczny lub z góry za cały rok obowiązywania umowy.

3.

Składkę ustala się w szczególności w zależności od zakresu ubezpieczenia, formy ubezpieczenia, wieku i płci Ubezpieczonego, zawartych umów dodatkowych stanowiących rozszerzenie zakresu podstawowego umowy ubezpieczenia.

4.

Składka jest płatna łącznie za całą grupę, nie później niż do 20. dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna.

5.

Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na właściwy rachunek bankowy Allianz, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

6.

Wysokość składki jest ustalana przez Allianz na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W razie zmiany składki Allianz poinformuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Indywidualnych lub Głównych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Rodzinnych o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na dwa miesiące przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.

7.

Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od Allianz informacji o wysokości składki na następny roczny okres ubezpieczenia doręczy Allianz, najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Allianz wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1 niniejszych o.w.u., chyba że strony postanowią inaczej.

8.

W razie złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia opisanego w ust. 7, powyżej we wskazanym w tym ustępie terminie traktuje się je jako jego rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej dla danego Ubezpieczonego na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej na następny okres roczny. Jeżeli oświadczenie takie złoży Główny Ubezpieczony, skutkuje ono rezygnacją z ochrony świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach Pakietów Rodzinnych.

9.

Allianz, informując Ubezpieczającego i Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Indywidualnych lub Głównych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Rodzinnych o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, jednocześnie poda do wiadomości skutki niewyrażenia zgody na proponowaną zmianę opisaną w ust. 7 i 8 powyżej.

10.

Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 9 powyżej, będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:

- 1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia; oraz na
- 2) wysokość składki zaproponowaną przez Allianz, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.

W przypadku Ubezpieczonego objętego ochroną w formie Pakietu Indywidualnego lub Głównego Ubezpieczonego objętego ochroną w formie Pakietu Rodzinnego brak pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki oznacza wolę kontynuowania umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, zaproponowanych przez Allianz w kolejnym okresie rocznym.

11.

W razie zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia, składka jest równa sumie składek należnych na podstawie umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia.

## § 7.

### Nieopłacenie składek

1.

Jeżeli składka nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego do ostatniego roboczego dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna (okres prolongaty), Allianz wzywa Ubezpieczającego do zapłaty składki w odpowiednim terminie, określonym w wezwaniu, a umowę uważa się za wypowiedzianą ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca rozpoczynającego kolejny okres ochrony, za który nie opłacono składki. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres wypowiedzenia. Niezwłocznie po zapłaceniu składki za okres wypowiedzenia Ubezpieczający musi złożyć Allianz pisemne oświadczenie, potwierdzające wolę rozwiązania umowy. W razie braku takiego oświadczenia wypowiedzenie umowy uważa się za niebyłe. Wezwanie, o którym mowa w niniejszym ustępie, Allianz wyśle do Ubezpieczającego do 5. dnia roboczego pierwszego miesiąca okresu, za który składka była należna.

2.

Składkę uważa się za niezapłaconą zwłaszcza wtedy, gdy:



- 1) wysokość składki przekazanej na właściwy rachunek bankowy Allianz jest niższa niż wynikająca z liczby Pakietów Indywidualnych lub liczby Pakietów Rodzinnych, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem. Liczbę Pakietów Indywidualnych i/lub liczbę Pakietów Rodzinnych, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 8) oraz w ust. 15 niniejszych o.w.u.;
- 2) składka nie została przekazana na właściwy rachunek Allianz;
- 3) składka nie została opłacona w terminie określonym w niniejszych o.w.u.

## § 8.

### Rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i czas jej trwania

1.

Odpowiedzialność Allianz w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się od daty wskazanej przez Allianz w indywidualnym certyfikacie, zawsze od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, nie wcześniej jednak niż po spełnieniu, do 20. dnia miesiąca kalendarzowego poprzedzającego rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej, następujących warunków:

- 1) Allianz otrzymał i zaakceptował deklarację przystąpienia do ubezpieczenia danej osoby oraz inne dokumenty o których mowa w niniejszych o.w.u.;
- 2) Ubezpieczony jest wymieniony w wykazie imiennym osób zgłaszanych do ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 8 pkt 1, oraz ust. 15 pkt 1 niniejszych o.w.u.;
- 3) Ubezpieczający zapłacił składkę w terminie określonym w § 6 ust. 4 niniejszych o.w.u.;
- 4) wysokość składki przekazanej na rachunek Allianz nie jest niższa niż wynikająca z liczby Pakietów Indywidualnych i liczby Pakietów Rodzinnych, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem.

2.

Odpowiedzialność Allianz wygasa w stosunku do Ubezpieczonych niezależnie od innych postanowień o.w.u.:

- 1) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
- 2) w dniu zgonu Ubezpieczonego, a w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego – w ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpił zgon Głównego Ubezpieczonego;
- 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony w przypadku Pakietu Indywidualnego lub Główny Ubezpieczony w przypadku Pakietu Rodzinnego wystąpił z umowy ubezpieczenia co zostało potwierdzone w wykazie osób występujących z umowy ubezpieczenia zgodnie z § 3 ust. 15 pkt 2); wystąpienie z umowy ubezpieczenia Głównego Ubezpieczonego skutkuje wystąpieniem z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach Pakietu Rodzinnego;
- 4) w dniu rocznicy polisy, następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia, a gdy Ubezpieczonym jest dziecko – w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez dziecko 26. roku życia; w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego – w dniu rocznicy polisy, następującej po dniu ukończenia przez Głównego Ubezpieczonego 65. roku życia;
- 5) z pierwszym dniem miesiąca rozpoczynającego nowy okres ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający nie zaakceptuje zaproponowanej wysokości składki.

3.

Z dniem określonym w ust. 2 wygasa odpowiedzialność Allianz wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia, zawartych na rzecz Ubezpieczonego, o ile ogólne warunki umów dodatkowych nie przewidują innego terminu wygaśnięcia odpowiedzialności.

4.

Ubezpieczony w przypadku Pakietu Indywidualnego lub Główny Ubezpieczony w przypadku Pakietu Rodzinnego mają prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu odpowiednie oświadczenie. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca w którym złożono oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, z zachowaniem postanowień ust. 2 pkt 3 powyżej.

## § 9.

### Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje na skutek:

- 1) nieopłacenia składki w terminie określonym w niniejszych o.w.u.;
- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 2 poniżej;
- 3) złożenia oświadczenia o braku woli przedłużenia umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1 niniejszych o.w.u.

2.

Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Allianz otrzymał informację o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki za okres wypowiedzenia.

3.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje z ostatnim dniem miesiąca i skutkuje rozwiązaniem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

4.

W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej lub składki wpłaconej po rozwiązaniu umowy. Zgon Ubezpieczonego, za który Allianz wypłaci świadczenie, w myśl o.w.u. oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na rzecz danego Ubezpieczonego.

5.

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.

6.

Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej.

7.

W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe będzie po upływie 6-miesięcy, liczonych od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że Allianz postanowi inaczej.

## § 10.

### Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia

1.

W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nieubezpieczone.

2.

Najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny miesięczny okres ochrony Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Allianz wykaz imienny osób przystępujących do ubezpieczenia, ich deklaracje przystąpienia oraz inne dokumenty wskazane przez Allianz. Wykonanie tego obowiązku jest warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową osób nowo przystępujących do zawartej umowy ubezpieczenia.

3.

Allianz w przypadku wystąpienia danego Ubezpieczonego z ubezpieczenia wyraża zgodę na ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem, że przystąpienie do umowy ubezpieczenia nastąpi po upływie 6-miesięcy, liczonych od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że Allianz postanowi inaczej.

## § 11.

### Występowanie osób z ubezpieczenia

Warunkiem wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia jest wskazanie go przez Ubezpieczającego na wykazie osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesięcznym okresie ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność Allianz i otrzymanie przez Allianz wykazu osób występujących, o którym mowa powyżej, do 20. dnia miesiąca kalendarzowego poprzedzającego kolejny miesięczny okres ochrony.

Jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi zmian osobowych w terminie określonym w zdaniu poprzednim, Allianz przysługuje roszczenie względem Ubezpieczającego o zapłatę należnej składki za wszystkie osoby pozostające w ubezpieczeniu.

## § 12.

### Organizacja świadczeń zdrowotnych

1.

Allianz w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia organizuje Ubezpieczonemu świadczenia zdrowotne, wymienione w załączniku nr 1, we wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz placówkach medycznych, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i dokumentach do niego dołączonych wariantem ubezpieczenia.

2.

Wszystkie wymienione w załączniku nr 1 świadczenia zdrowotne będą zorganizowane dla Ubezpieczonych, jeśli:

- 1) realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, z uwzględnieniem wskazań lekarskich;
- 2) istnieje możliwość ich wykonania w danej placówce medycznej, w godzinach pracy placówki medycznej;
- 3) realizowane są na podstawie ważnego skierowania wystawionego w okresie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego przez lekarza dostępnego w ramach przysługującego Ubezpieczonemu wariantu ubezpieczenia, w kierującej na badania placówce medycznej lub u jej podwykonawcy; wymóg posiadania skierowania nie dotyczy konsultacji lekarskich z wyłączeniem konsultacji profesorskich i profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszych o.w.u.

3.

W celu uzyskania świadczeń zdrowotnych należnych Ubezpieczonemu w ramach zawartej umowy ubezpieczenia oraz świadczeń należnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej i dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) skontaktować się z infolinią medyczną, której numer podany jest na imiennym identyfikatorze;
- 2) uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do placówki medycznej wskazanej przez infolinię medyczną Allianz;
- 3) przedstawić w placówce medycznej identyfikator ubezpieczenia zdrowotnego wraz z ważnym dowodem jednoznacznie określającym tożsamość Ubezpieczonego; w przypadku braku identyfikatora Ubezpieczony powinien przedstawić w placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający jego tożsamość;
- 4) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od placówki medycznej;
- 5) przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać konsultantowi infolinii medycznej z odpowiednim wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia zdrowotnego każdorazową niemożność skorzystania z wizyty lekarskiej lub badania.

4.

Warunkiem niezbędnym do uzyskania świadczeń zdrowotnych, wymienionych w załączniku nr 1 oraz świadczeń należnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej i dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii, jest skontaktowanie się z infolinią medyczną Allianz czynną przez 24 godziny na dobę. Kontaktując się z infolinią medyczną Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać operatorowi infolinii medycznej następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
- 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
- 3) datę urodzenia lub nr PESEL;
- 4) numer polisy, jeżeli Ubezpieczony dysponuje identyfikatorem;
- 5) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
- 6) rodzaj koniecznej pomocy;
- 7) datę wystawienia skierowania i specjalizację kierującego na badania lekarza;
- 8) inne informacje konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

5.

Allianz nie organizuje Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych innych niż wymienione w załączniku nr 1 do umowy ubezpieczenia oraz przestrzega sobie prawo do zmiany placówek medycznych w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Każdorazowo aktualny wykaz placówek medycznych dostępny jest pod numerem infolinii, której numer podany jest na imiennym identyfikatorze. Zmiana numeru infolinii nie stanowi zmiany niniejszej umowy ubezpieczenia.

6.

W razie zmiany placówek medycznych, niepowodującej zmiany zakresu świadczeń zdrowotnych, Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zgłoszenia sprzeciwu w odniesieniu do nowego zakresu dostępnych placówek medycznych w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji na temat zmian. Sprzeciw, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Ubezpieczający i Ubezpieczony składają na piśmie, pod adres wskazany w dokumentach ubezpieczeniowych wskazanych w § 3 ust. 13 niniejszych o.w.u.

7.

Sprzeciw, o którym mowa w ust. 6 powyżej, jest traktowany w odniesieniu do:

- 1) Ubezpieczającego – jako wypowiedzenie umowy ubezpieczenia zgodnie z § 9 ust. 2 niniejszych o.w.u.;
- 2) Ubezpieczonego – jako wystąpienie z umowy ubezpieczenia z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Allianz otrzymał pisemną informację w tym zakresie. Jeżeli sprzeciw złoży Główny Ubezpieczony, skutkuje on rezygnacją z ochrony świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach Pakietów Rodzinnych.

8.

W razie braku sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6 powyżej, uważa się, że ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana, a Ubezpieczający i Ubezpieczony wyraża zgodę na zmianę placówek medycznych.

9.

W przypadku zmiany placówek medycznych, powodującej brak możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych w sieci placówek medycznych wskazanych przez Allianz, Ubezpieczony ma prawo do realizacji świadczeń zdrowotnych w innym, wybranym przez siebie zakładzie opieki zdrowotnej. Allianz pokrywa koszty świadczeń zdrowotnych objętych zakresem ubezpieczenia, pod warunkiem zgłoszenia zamiaru wykonania świadczeń zdrowotnych pod numerem infolinii medycznej i uzyskania akceptacji za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz. Ubezpieczony, w sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim, korzysta ze świadczeń zdrowotnych w wybranym przez siebie zakładzie opieki zdrowotnej, pobierając za nie fakturę wystawioną przez dany zakład opieki zdrowotnej, w zakresie potwierdzonym przez infolinię medyczną Allianz.

10.

Faktura, o której mowa w ust. 9 powyżej, wskazująca wysokość poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów świadczeń zdrowotnych, musi zawierać szczegółową specyfikację uwzględniającą w szczególności:

- 1) wskazanie lekarza specjalisty, z porady którego korzystał Ubezpieczony;
- 2) wykaz wykonanych badań diagnostyczno-laboratoryjnych;
- 3) wykaz innych świadczeń zdrowotnych, z których korzystał Ubezpieczony;
- 4) datę wykonanych świadczeń zdrowotnych na rzecz Ubezpieczonego.

11.

Ubezpieczony – po dostarczeniu Allianz oryginału faktury – otrzyma zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych w terminie 30 dni od dnia otrzymania faktury przez Allianz.

12.

Faktura powinna być skierowana do Wydziału Ubezpieczeń Zdrowotnych, pod adres wskazany w dokumentach ubezpieczeniowych wskazanych w § 3 ust. 13 niniejszych o.w.u. wraz z określeniem sposobu zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych.

13.

Ubezpieczony ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w wybranym przez siebie zakładzie opieki zdrowotnej do momentu udostępnienia przez Allianz świadczeń zdrowotnych w zakresie wskazanym w niniejszych o.w.u. przy zachowaniu postanowień ust. 9 powyżej.

### § 13.

#### Ustalenie i wypłata świadczenia

1.

W razie zgonu Ubezpieczonego Allianz wypłaca osobie uprawnionej do jego otrzymania świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2.

Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego są:

- 1) Uposażeni;
- 2) osoby wymienione w § 16 niniejszych o.w.u., jeżeli brak Uposażonych.

3.

W sytuacji gdy suma wskazań udziałów procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczane przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

4.

Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.

5.

Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej lub oddziału Allianz.

6.

Dokumentem niezbędnym do uznania za prawidłowe zawiadomienia o zgonie Ubezpieczonego, jest dołączenie kopii aktu zgonu Ubezpieczonego.

7.

Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Allianz w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego i osoby uprawnione, wskazując wykaz dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.

8.

Na podstawie przesłanych dokumentów Allianz przeprowadzi postępowanie dotyczące:

- 1) potwierdzenia faktu zaistnienia zdarzenia;
- 2) potwierdzenia zasadności zgłoszonych roszczeń;
- 3) ustalenia wysokości świadczenia;
- 4) ustalenia osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia;
- 5) ustalenia sposobu przekazania świadczenia.

9.

Allianz ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 7, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Allianz i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych, przy czym sposób udostępniania akt szkodowych nie może wiązać się z nadmiernymi, ponad potrzebę, utrudnieniami dla tych osób.

### § 14

1.

Świadczenie, o którym mowa w § 13 ust. 1 niniejszych o.w.u., oraz świadczenie z tytułu dodatkowej umowy leczenia Ubezpieczonego z zakresu chirurgii jednego dnia są wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia na formularzu Allianz, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

2.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

3.

Podstawą do wypłaty przez Allianz świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:

- 1) odpisu lub poświadczonej kopii aktu zgonu;
- 2) karty statystycznej zgonu lub zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajścia zdarzenia;
- 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego;
- 4) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Allianz wynikających z umowy ubezpieczenia, wskazanych przez Allianz, a zwłaszcza kompletnej dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia;
- 5) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest jego następstwem.

Kopie dokumentów mogą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez jedną z niżej wymienionych osób:

- 1) pracownika instytucji wystawiającej dany dokument;
- 2) notariusza;
- 3) pracownika działu kadr, kadry kierowniczej lub księgowości Ubezpieczającego;
- 4) osobę obsługującą polisę u Ubezpieczającego;
- 5) uprawnione osoby wskazane przez Allianz.

4.

Allianz wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

5.

Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz wypłaca w terminie przewidzianym w ust. 4.

6.

Świadczenie jest wypłacane w złotych polskich, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

### § 15.

1.

Ubezpieczony może wskazać Uposażonego/Uposażonych jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek swego zgonu – zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.

2.

Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.

3.

Wniosek o wskazanie lub o zmianę Uposażonego Ubezpieczony składa na piśmie.

4.

Allianz jest związany dokonaną zmianą, od dnia otrzymania wniosku o wskazanie lub o zmianę Uposażonego.

### § 16.

1.

Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo gdy żaden Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia – świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:

- 1) współmałżonkowi;
- 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak współmałżonka;
- 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
- 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
- 5) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

2.

Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył albo utracił prawo do świadczenia, to jego część świadczenia przyjmują pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.

## § 17.

### Obowiązki Ubezpieczającego

1.

- 1) informacji o treści zawartej umowy ubezpieczenia;
- 2) przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia informacji w tym zakresie, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń;
- 3) informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia niezwłocznie po jej otrzymaniu od Allianz.

2.

Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie informować Allianz o wszelkich zmianach w wykazach imiennych osób objętych umową ubezpieczenia. W razie niezgłoszenia zmian Allianz przyjmuje ostatnio zgłoszony stan osobowy za aktualny.

3.

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki ubezpieczeniowej i przekazywania Allianz dokumentów niezbędnych do prawidłowej obsługi zawartej umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i warunków określonych w niniejszych o.w.u., oraz niezwłocznego przekazania Ubezpieczonemu identyfikatora dostarczonego przez Allianz.

4.

Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz prosił we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w innych pismach przed zawarciem umowy.

## § 18.

### Postanowienia końcowe

1.

Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie.

2.

Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienił adres siedziby lub zamieszkania i nie powiadomił o tym Allianz, przyjmuje się, że Allianz wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia, wysyłając pismo pod ostatnio znany mu adres. Powyższa zasada ma również zastosowanie w przypadku zmiany adresu siedziby Allianz i nieprzekazania Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji na ten temat.

## § 19.

1.

Postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u. mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia w porozumieniu z Ubezpieczającym i Ubezpieczonymi odrębnym aneksem.

2.

W przypadku rozszerzenia zakresu świadczeń o świadczenia objęte dodatkowymi umowami ubezpieczenia, dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

## § 20.

1.

Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.

2.

Bieg przedawnienia roszczeń przerywa się przez zgłoszenie Allianz roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

## § 21.

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

2.

Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Allianz. Skargi lub zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

3.

Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Allianz w Warszawie), albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.

Obowiązującym językiem korespondencji i kontaktów z Allianz jest język polski.

5.

Niniejsze o.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 45/2009 z dnia 18.05.2009 roku i wchodzi w życie z dniem 1.06.2009 roku.

Paweł Dangel  
Prezes Zarządu

Michael Müller  
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu

Piotr Dzikiewicz  
Wiceprezes Zarządu

Stanisław Borkowski  
Członek Zarządu

Zbigniew Świątek  
Członek Zarządu

# Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny (indeks AOZ AU 01)

## § 1.

### 1.

Użyтым w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Allianz na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
  - a) choroby;
  - b) obrażeń ciała będących następstwem wypadku;
  - c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2. ust. 1. pkt 3 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
  - d) stanu ciąży i urodzenia się dziecka;
- 2) **lekarz centrum operacyjnego** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
- 3) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym znajduje się Ubezpieczony;
- 4) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 5) **rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego oraz macocha i ojczym Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu zapisów o.w.u.;
- 6) **matka** – matka naturalna;
- 7) **macocha** – osoba, z którą ojciec Ubezpieczonego lub ojciec współmałżonka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci matki naturalnej Ubezpieczonego lub odpowiednio matki naturalnej współmałżonka Ubezpieczonego lub osoba, która pozostawała w związku małżeńskim z ojcem naturalnym w chwili jego śmierci;
- 8) **ojciec** – ojciec naturalny;
- 9) **ojczym** – osoba, z którą matka Ubezpieczonego lub matka współmałżonka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci ojca naturalnego Ubezpieczonego lub odpowiednio ojca naturalnego współmałżonka Ubezpieczonego, lub osoba, która pozostawała w związku małżeńskim z matką naturalną w chwili jej śmierci;
- 10) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca wspólnie z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 11) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20. tygodni;
- 12) **Współubezpieczony** – członek rodziny Ubezpieczonego, objęty ubezpieczeniem na podstawie niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia; współubezpieczonymi są następujące osoby:
  - a) współmałżonek Ubezpieczonego, który w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w nim w związku małżeńskim;
  - b) dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego w wieku do 20 lat, zamieszkujące wspólnie z Ubezpieczonym;
  - c) rodzic Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2. ust. 12 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

### 2.

Osobami objętymi ochroną w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia są:

- 1) Ubezpieczony;
- 2) Współubezpieczony.

### 3.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie i życie osób wymienionych w ust. 2 powyżej.

### 4.

Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Allianz Życie zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielanych świadczeń opiekuńczych zdefiniowanych w § 2 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

### 5.

Świadczenia opiekuńcze udzielane są za pośrednictwem centrum operacyjnego.

## § 2.

### 1.

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej z zastrzeżeniem ust. 2 pkt. 13) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia:

- 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego w razie wystąpienia choroby;
- 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego w razie wystąpienia wypadku;
- 3) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego obejmujące:
  - a) zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka,
  - b) poronienie,
  - c) zgon Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego,
  - d) choroba Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego;
- 4) zdrowotne usługi informacyjne w razie wystąpienia choroby, wypadku, stanu ciąży Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego;
- 5) dostęp do infolinii „Baby Assistance” w przypadku stanu ciąży, urodzenia się dziecka;
- 6) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu lub współmałżonkowi Ubezpieczonego w przypadku urodzenia się dziecka;
- 7) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego w razie wystąpienia choroby lub wypadku.

### 2.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 1), 2) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:

- 1) **dostarczenie do miejsca pobytu leków** zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego, w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia; Allianz pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 100 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) **transport medyczny z osobą bliską z miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do odpowiedniego zakładu opieki zdrowotnej** wskazanego przez lekarza prowadzącego, lub lekarza centrum operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego, w zakładzie opieki zdrowotnej; transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu; Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) **transport medyczny z osobą bliską z zakładu opieki zdrowotnej do miejsca zamieszkania** w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego, przebywali w zakładzie opieki zdrowotnej; transport jest organizowany o ile stan zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu; Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) **transport medyczny z osobą bliską z placówki zdrowotnej do zakładu opieki zdrowotnej** w przypadku gdy zakład opieki zdrowotnej, w której przebywa Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia

- odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego, skierowany/e jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innym zakładzie opieki zdrowotnej; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu; Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 5) **organizację procesu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagają rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; Allianz zapewnia:  
zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 700 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego  
albo  
zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 700 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) **organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego; Allianz:  
organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego  
oraz  
pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) **opiekę nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – w sytuacji gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego, przebywają w szpitalu przez okres dłuższy niż trzy dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:  
a) przewozu dzieci pod opieką osoby uprawnionej przez Allianz do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe);  
b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe);  
centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 7) ppkt a) i b) po uzyskaniu przez lekarza centrum operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7) ppkt a) lub b), Allianz:  
c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości 150 zł za każdy dzień i maksymalnie do trzech dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;  
świadczenia usług, o których mowa w pkt 7) ppkt a), b) i c), są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
- 8) **opiekę nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w razie ich zachorowania** – w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego u dziecka lub osoby niesamodzielnej potwierdzonego przez lekarza, Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej. Usługa jest świadczona przez 1 dzień, do wysokości 200 zł. Świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
- 9) **organizacja prywatnych lekcji** – w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego, na podstawie zwolnienia lekarskiego, będzie musiało przebywać w domu powyżej 7 dni, Allianz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania dziecka Ubezpieczonego do wysokości 200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) **organizacja pobytu opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka** – w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego jest hospitalizowane, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów prawnych dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) **opieka pielęgniarki po hospitalizacji** – w sytuacji gdy Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko Ubezpieczonego na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni. Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości 1500zł przez okres maksymalnie 5 dni;
- 12) **pomoc domową** – jeżeli Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego, jest hospitalizowany/e przez okres dłuższy niż siedem dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest do wysokości 300 zł i maksymalnie przez pięć dni;
- 13) **pomoc medyczna za granicą** – w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w zakładzie opieki zdrowotnej za granicą lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Allianz pokrywa koszty usług wymienionych w zdaniu poprzednim, z możliwością dwukrotnego skorzystania z usług w roku polisowym do łącznego limitu 200 Euro w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

3.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 2) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem wypadku:

- 1) wizytę pielęgniarki – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego; Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego wypadku.

4.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 3) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego, pomoc psychologa. Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu 500 złotych w odniesieniu do jednej sytuacji losowej. Allianz na prośbę Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego, zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.

5.

Limity kosztów, określonych w ust. 2, 3 i 4 powyżej, odnoszą się oddzielnie do Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego i dziecka Ubezpieczonego. W trakcie trwania odpowiedzialności Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia limity mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

6.

O celowości organizacji i pokrycia kosztów wyżej wymienionych usług decyduje centrum operacyjne.

7.

Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń opiekuńczych przekroczy limit kosztów określony w § 2 dodatkowej umowy ubezpieczenia, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego, dziecko Ubezpieczonego lub jego przedstawiciel ustawowy, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość usługi a zagwarantowanym przez Allianz limitem.

8.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 4) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego:

- 1) informowanie o państwowych i prywatnych zakładach opieki zdrowotnej w razie choroby lub wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
- 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
- 3) informowanie o zakładach opieki zdrowotnej prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
- 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
- 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
- 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
- 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania;
- 8) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;
- 9) informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- 10) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w RP przepisów);
- 11) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
- 12) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;
- 13) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;
- 14) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.

9.

Informacje, o których mowa w ust. 8 powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Allianz.

10.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 5) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego, dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance” do informacji o:

- 1) objawach ciąży;
- 2) badaniach prenatalnych;
- 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
- 4) szkołach rodzenia;
- 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
- 6) karmieniu noworodka;
- 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;
- 8) pielęgnacji noworodka.

11.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1. pkt 6) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu lub współmałżonkowi Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów:

- 1) pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Allianz pokrywa koszty jednej wizyty do łącznej kwoty 150 zł. Opieka nad dzieckiem nowonarodzonym obejmuje:

- a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia,
- b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka,
- c) porady w razie problemów z laktacją,
- d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu,
- e) edukację w zakresie szczepień ochronnych.

12.

W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 7) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Allianz gwarantuje rodzicowi Ubezpieczonego oraz rodzicowi współmałżonka Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów:

- 1) **pomoc domową oraz pielęgniarstwo** – zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej lub opieki pielęgniarstwa po zakończeniu hospitalizacji, trwającej powyżej pięciu dni, w związku ze stwierdzoną przez lekarza centrum operacyjnego medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego. Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) **transport na wizytę kontrolną** – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną rocznie pod warunkiem, że hospitalizacja trwała powyżej pięciu dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego);
- 3) **osobisty asystent** – zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka Ubezpieczonego podczas transportu medycznego do i z zakładu opieki zdrowotnej oraz będzie mu służyć pomocą przy załatwianiu formalności w zakładzie opieki zdrowotnej (pomoc przy rejestracji oraz wypisie ze szpitala). Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) **dostęp do infolinii medycznej** – polegający na udostępnieniu telefonicznej rozmowy z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania;

13.

W odniesieniu do świadczeń, wymienionych w ust. 12. pkt 1) i 2) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie mają zastosowania zapisy § 2 ust. 14. pkt 5) ppkt k) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

14.

Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje:

- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z zastrzeżeniem § 2. ust. 2. pkt 13) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 3. ust. 5 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 3) kosztów zakupu leków (Allianz nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Allianz nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
- 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
  - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
  - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
  - c) działania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzypisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
  - d) chorób psychicznych;
  - e) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego czynu wypemniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
  - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo,

nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;

- g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- h) poddania się przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
- k) chorób przewlekłych.

### § 3.

1.

W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego, dziecko Ubezpieczonego, rodzic Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego, są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.

2.

Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) adres zamieszkania;
- 3) numer polisy;
- 4) okres ubezpieczenia;
- 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
- 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
- 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3.

Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

4.

W przypadku gdy Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko lub rodzic nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych, Allianz ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

5.

W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony lub Współubezpieczony nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami pokryli koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 2. ust. 2. pkt 2), 3), 4), 5) i 6) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Allianz może zwrócić Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu pięciu dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Allianz zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.

6.

Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 5 powyżej, rozumie się:

- 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2. ust. 2. pkt 2) i 4) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
- 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2. ust. 2. pkt 3) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia – datę wypisu ze szpitala;
- 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2. ust. 2. pkt 5) i 6) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

### § 4.

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą dodatkową umową ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia została zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 47/2009 z dnia 18.05.2009 roku i wchodzi w życie z dniem 1.06.2009 roku.

Paweł Dangel  
Prezes Zarządu

Michael Müller  
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu

Piotr Dzikiewicz  
Wiceprezes Zarządu

Stanisław Borkowski  
Członek Zarządu

Zbigniew Świątek  
Członek Zarządu



# Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia (indeks AOZ CH 01)

## § 1.

Użyтым w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w o.w.u. zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) **chirurgia jednego dnia** – leczenie zabiegowe przeprowadzone w trakcie hospitalizacji trwającej nie dłużej niż 5 pełnych dób, pod warunkiem że zabieg z zakresu chirurgii jednego dnia, objęty ochroną ubezpieczeniową został przeprowadzony w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) **hospitalizacja** – pobyt w wybranym przez Ubezpieczonego zakładzie opieki zdrowotnej, związany z przeprowadzeniem zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia;
- 3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Allianz na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku wypadku skutkujących koniecznością wykonania u Ubezpieczonego w okresie ochrony świadczonej przez Allianz i jednocześnie poza okresem karencji, o którym mowa w § 3 ust. 5 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jednego z opisanych w § 2 poniżej zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia, pod warunkiem że objawy chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia lub wypadek, który był przyczyną dokonania zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia, wystąpią po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz.

## § 2.

W rozumieniu niniejszej dodatkowej umowy dodatkowej zabiegami chirurgii jednego dnia są:

- 1) operacje przepuklin:
  - a) operacja przepukliny pachwinowej jednostronnej / obustronnej,
  - b) operacja przepukliny mosznowej jednostronnej / obustronnej,
  - c) operacja przepukliny z zastosowaniem siatki polienowej,
  - d) operacja przepukliny pępkowej,
  - e) operacja przepukliny w kresie białej,
  - f) operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej,
  - g) operacje przepuklin przedniej ściany brzucha,
  - h) operacje przepukliny udowej;
- 2) operacje torbieli:
  - a) usunięcie torbieli najądrza,
  - b) usunięcie torbieli krzyżowej,
  - c) usunięcie torbieli wątroby,
  - d) usunięcie torbieli nerki,
  - e) usuwanie torbieli i brodawczaków w zakresie gardła i jamy ustnej;
- 3) operacje żyłaków kończyn dolnych:
  - a) operacja żyłaków kończyn dolnych metodą endoskopową,
  - b) operacja żyłaków kończyn dolnych metodą klasyczną;
- 4) operacje wyrostka robaczkowego i pęcherza żółciowego:
  - a) wycięcie wyrostka robaczkowego metodą klasyczną,
  - b) wycięcie wyrostka robaczkowego metodą laparoskopową,
  - c) wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną,
  - d) wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową (cholecystectomy);
- 5) operacje odbytnicy i okolic odbytu:
  - a) operacja żyłaków odbytu metodą klasyczną,
  - b) operacja żyłaków odbytu metodą LONGO,
  - c) operacja szczeliny odbytu,
  - d) operacja przetoki odbytu;
- 6) operacje jąder, najądrzy, powrózka nasiennego i pęcherza moczowego:
  - a) operacja wodniaka jądra, powrózka nasiennego,
  - b) wycięcie jądra lub najądrza,
  - c) operacja stulejki,
  - d) laparoskopowa operacja żyłaków powrózka nasiennego,
  - e) klasyczna operacja żyłaków powrózka nasiennego,
  - f) rozszerzenie i kalibracja cewki moczowej;
- 7) operacje stawów:
  - a) artroskopia stawu kolanowego,
  - b) chirurgiczne otwarcie stawu kolanowego,
  - c) rekonstrukcja więzadeł pobocznych stawu kolanowego,

- d) artroskopowe wycięcie błony maziowej,
  - e) artroskopowy szew łąkotki,
  - f) operacja stawu obojczykowo-barkowego,
  - g) artroskopia stawu barkowego,
  - h) otwarte nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego,
  - i) artroskopowe operacyjne nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego;
- 8) operacje otolaryngologiczne:
    - a) chirurgiczna operacja zatoki szczękowej,
    - b) endoskopowa operacja zatoki szczękowej,
    - c) polipektomia nosa,
    - d) septoplastyka nosa,
    - e) usunięcie migdałka gardłowego (adenektomia),
    - f) usunięcie migdałków podniebiennych (tonsillectomia),
    - g) przycięcie migdałków podniebiennych (tonsillotomy),
    - h) usunięcie migdałka gardłowego i przycięcie migdałków podniebiennych (adenotonsillectomia),
    - i) usunięcie ślinianki podżuchwowej,
    - j) usunięcie ślinianki przyusznej;
  - 9) z zakresu chirurgii ręki:
    - a) odroczone zycie ścięgna ręki,
    - b) uwolnienie kanału nadgarstka,
    - c) wycięcie ganglionu nadgarstka,
    - d) uwolnienie przykurczu Dupuytren'a,
    - e) uwolnienie i transpozycja nerwu łokciowego;
  - 10) z zakresu ginekologii:
    - a) operacyjne usunięcie przydatków,
    - b) laparoskopowe usunięcie przydatków,
    - c) konizacja szyjki macicy,
    - d) nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją,
    - e) wyluszczenie gruczołu Bartholina,
    - f) usuwanie polipów narządu rodnego,
    - g) chirurgiczne usunięcie kłykcin narządu rodnego,
    - h) histeroskopowe usunięcie polipa,
    - i) wyluszczenie mięśniaków macicy metodą laparoskopową,
    - j) wyluszczenie mięśniaków macicy metodą klasyczną,
    - k) histeroskopowe usunięcia mięśniaka,
    - l) operacyjne i laparoskopowe usunięcie jajnika,
    - m) laparoskopowe usunięcie torbieli jajnika,
    - n) wyłyżczkowanie frakcjonowane kanału szyjki i jamy macicy;
  - 11) z zakresu okulistyki:
    - a) operacja gradówki,
    - b) operacja kępek żółtych,
    - c) wycięcie cysty spojówki,
    - d) operacje brodawek powiek;
  - 12) inne operacje:
    - a) usunięcie materiału zespalającego z kości,
    - b) wycięcie ganglionu dołu podkolanowego,
    - c) wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej.

## § 3.

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot Ubezpieczonemu kosztów leczenia poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w związku z wykonaniem zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia, objętego ochroną ubezpieczeniową do maksymalnej wysokości 5000 zł w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że jednorazowy zwrot kosztów leczenia z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 3000 zł. W razie przekroczenia limitu 3000 zł z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Allianz zwraca poniesione koszty tylko do kwoty 3000 zł.

3.

Przez koszty wykonanych zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia należy rozumieć koszty poniesione w trakcie pobytu w placówce medycznej

lub zakładzie opieki zdrowotnej, do których należą:

- 1) koszty zabiegów diagnostycznych, operacyjnych lub endoskopowych;
- 2) koszty znieczulenia;
- 3) koszty hospitalizacji;
- 4) koszty opieki pielęgniarstwa;
- 5) koszty jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu.

4.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 2 ust. 7 o.w.u., oraz w sytuacji, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 3) chorób przewlekłych oraz wszelkich chorób istniejących przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 4) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00 – F99);
- 5) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
- 6) kłęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
- 7) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 8) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej;
- 9) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
- 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

5.

Przez okres pierwszych 3 miesięcy, licząc od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do ostatniego dnia trzeciego miesiąca, następującego po dniu objęcia ochroną, odpowiedzialność Allianz wynikająca z dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego ograniczona jest do zdarzeń spowodowanych wypadkiem.

6.

Odpowiedzialność Allianz z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o.w.u.

§ 4.

1.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w niniejszej umowie dodatkowej Allianz zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty leczenia, przy zachowaniu postanowień § 3 ust. 2 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

2.

Aby uzyskać zwrot kosztów leczenia w związku z wykonaniem zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia, Ubezpieczony jest zobowiązany, niezwłocznie po zakończeniu leczenia, zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia na formularzu Allianz oraz dostarczyć wszelkie wskazane przez Allianz dokumenty, jakie uznaje on za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, do których w szczególności należą:

- 1) oryginały imiennych rachunków lub faktur wystawionych przez zakład opieki zdrowotnej, wskazujących wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego; rachunki lub faktury powinny uwzględniać specyfikację poszczególnych kosztów składowych opisanych w § 3 ust. 3 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) dokument stwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
- 3) kompletna dokumentacja medyczna związana ze schorzeniem, będącym przyczyną wykonania zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia;
- 4) w przypadku zdarzeń będących konsekwencją wypadku konieczne jest dołączenie dokumentów precyzujących okoliczności wypadku, np. notatki policyjnej;
- 5) kopia skierowania lekarskiego na wykonanie zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia.

§ 5.

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą dodatkową umową ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia została zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 48/2009 z dnia 18.05.2009 roku i wchodzi w życie z dniem 1.06.2009 roku.

Paweł Dangel  
Prezes Zarządu

Michael Müller  
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu

Piotr Dzikiewicz  
Wiceprezes Zarządu

Stanisław Borkowski  
Członek Zarządu

Zbigniew Świątek  
Członek Zarządu

# Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej (indeks AOZ RM 01)

## § 1.

Użyтым w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w o.w.u. zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) **świadczenia rehabilitacyjne** – świadczenia zdrowotne określone w § 2 ust. 2 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i zorganizowane dla Ubezpieczonego przy zachowaniu postanowień § 3 ust. 1 i 2 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Allianz na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku wypadku skutkujących koniecznością wykonania u Ubezpieczonego w okresie ochrony świadczonej przez Allianz świadczeń rehabilitacyjnych, pod warunkiem że objawy chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną wykonania świadczeń rehabilitacyjnych lub wypadek, który był przyczyną wykonania świadczeń rehabilitacyjnych wystąpią w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz.

## § 2.

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Allianz w zakresie dodatkowej umowy ubezpieczenia, w stosunku do Ubezpieczonego, polega na pokryciu kosztów poniższych świadczeń rehabilitacyjnych, udostępnionych Ubezpieczonemu w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz, wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz, na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:

- 1) kinezyterapii – obejmującą:
  - a) ćwiczenia instruktażowe,
  - b) ćwiczenia ogólnousprawiające,
  - c) ćwiczenia indywidualne czynno-bierne i wspomagane,
  - d) ćwiczenia indywidualne czynne,
  - e) ćwiczenia indywidualne w odciążeniu,
  - f) ćwiczenia specjalne na przyrządach,
  - g) wyciąg trakcyjny,
- 2) fizykoterapii – obejmującą elektroterapię i terapię ultradźwiękową:
  - a) galwanizację,
  - b) jonoforezę,
  - c) fonoforezę,
  - d) elektrostymulację,
  - e) prądy diadynamiczne,
  - f) prądy wielkiej częstotliwości,
  - g) prądy niskiej częstotliwości,
  - h) prądy TENSA,
  - i) prądy Traberta,
  - j) magnetoterapię,
  - k) ultraterapię miejscową,
  - l) krioterapię miejscową,
  - m) laseroterapię.

3.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 2 ust. 7 o.w.u., oraz w sytuacji, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 3) kłeski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
- 4) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 5) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;

- 6) wypadku lub choroby powstałych przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.

4.

Odpowiedzialność Allianz w stosunku do dziecka objętego ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego, rozpoczyna się w dniu następnym po dniu ukończenia przez dziecko 6. roku życia, przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.

5.

Odpowiedzialność Allianz z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o.w.u.

## § 3.

1.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 pkt 2) niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczony powinien postępować zgodnie z zasadami określonymi w § 12 ust. 3-4 o.w.u.:

2.

Wszystkie wymienione w § 2. ust. 2 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia świadczenia rehabilitacyjne będą zorganizowane dla Ubezpieczonego, jeżeli:

- 1) wykonywane są na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza wskazanego przez placówkę medyczną do udzielania świadczeń zdrowotnych i dostępnego w ramach przysługującego Ubezpieczonemu wariantu ubezpieczenia,
- 2) zrealizowane są w warunkach ambulatoryjnych, z uwzględnieniem wskazań lekarskich;
- 3) istnieje możliwość ich wykonania w danej placówce medycznej.

3.

Allianz nie pokrywa kosztów świadczeń rehabilitacyjnych wykonywanych w placówkach medycznych nie wskazanych przez Allianz, przy zachowaniu postanowień § 12 ust. 6-13 o.w.u.

4.

Wszystkie wymienione w § 2. ust. 2 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia świadczenia rehabilitacyjne będą dostępne dla Ubezpieczonego we wskazanych przez Allianz placówkach medycznych, do maksymalnie 30 zabiegów w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego.

5.

Limity świadczeń rehabilitacyjnych określone w ust. 3 odnoszą się oddzielnie do każdego Ubezpieczonego.

6.

Odpowiedzialność Allianz z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o.w.u.

## § 4

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą dodatkową umową ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia została zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 49/2009 z dnia 18.05.2009 roku i wchodzi w życie z dniem 1.06.2009 roku.

Paweł Dangel  
Prezes Zarządu

Michael Müller  
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu

Piotr Dzikiewicz  
Wiceprezes Zarządu

Stanisław Borkowski  
Członek Zarządu

Zbigniew Świątek  
Członek Zarządu

# Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii (indeks AOZ ST 01)

## § 1.

Użyтым w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w o.w.u. zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) **chirurgia stomatologiczna** – drobne zabiegi operacyjne wykonywane w warunkach ambulatoryjnych w obrębie wyrostka zębodołowego i tkanek miękkich jamy ustnej;
- 2) **ekstrakcja** – usunięcie z zębodołu zęba lub jego korzenia;
- 3) **leczenie endodontyczne (kanałowe)** – usunięcie miazgi (nerwu) oraz opracowanie i zamknięcie powstałej przestrzeni w celu zapobieżenia proliferacji drobnoustrojów w obrębie układu kanałowego;
- 4) **profilaktyczny przegląd stomatologiczny** – profilaktyczna wizyta u lekarza dentystry o charakterze informacyjnym polegająca na ocenie występowania stanu chorobowego i określeniu planu leczenia;
- 5) **stomatologia zachowawcza** – zapobieganie oraz leczenie skutków próchnicy i miazgi zębów wraz z leczeniem ubytków w zębach i leczeniem endodontycznym;
- 6) **trepanacja** – otworzenie jamy zęba celem odsłonięcia chorobowo zmienionej miazgi (nerwu).

## § 2.

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Allianz w zakresie dodatkowej umowy ubezpieczenia, w stosunku do Ubezpieczonego, polega na zorganizowaniu i pokryciu kosztów leczenia z zakresu stomatologii (usługi i kosztów materiałów) określonych w ust. 4-7 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, udostępnionych Ubezpieczonemu w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz, z zachowaniem postanowień § 3 ust. 1 i wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz, na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

3.

Leczenie z zakresu stomatologii obejmuje:

- 1) profilaktyczny przegląd stomatologiczny,
- 2) stomatologię zachowawczą;
- 3) chirurgię stomatologiczną;
- 4) diagnostykę rentgenowską.

4.

W ramach profilaktycznego przeglądu stomatologicznego Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu raz w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności, licząc od początku odpowiedzialności Allianz w stosunku do danego Ubezpieczonego, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:

- 1) przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną zakończone postawieniem diagnozy;
- 2) udzielenie wskazówek co do dalszego procesu leczenia;
- 3) instruktaż higieny jamy ustnej.

5.

W ramach stomatologii zachowawczej Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w placówkach medycznych:

- 1) przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną zakończone postawieniem diagnozy i rozpoczęciem leczenia;
- 2) wystawianie zaświadczeń, recept na leki, materiały opatrunkowe i inne;
- 3) wypełnienie chemoutwardzalne zębów stałych jedno-, dwu-, i trzypowierzchniowe;
- 4) wypełnienie światłoutwardzalne zębów stałych jedno-, dwu-, i trzypowierzchniowe;
- 5) leczenie zębów mlecznych;
- 6) ekstyrapacja (usunięcie) miazgi zęba;
- 7) dewitalizacja (zatrucie) miazgi;
- 8) opracowanie i udrożnienie kanału;
- 9) wypełnienie kanału;

- 10) amputacja przyżyciowa miazgi zęba;
- 11) znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe);
- 12) dewitalizacja miazgi (zatrucie zęba stałego lub/i mlecznego) z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem;
- 13) trepanacja zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem;
- 14) opatrunek leczniczy w zębie stałym lub/i mlecznym.

6.

W ramach chirurgii stomatologicznej Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w placówkach medycznych:

- 1) przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną zakończone postawieniem diagnozy i rozpoczęciem leczenia;
- 2) wystawianie zaświadczeń, recept na leki, materiały opatrunkowe i inne;
- 3) ekstrakcję zęba mlecznego;
- 4) ekstrakcję zęba stałego;
- 5) ekstrakcję zęba z dłutowaniem;
- 6) ekstrakcję zęba stałego z szyciem i zaopatrzeniem zębodołu;
- 7) szycie rany;
- 8) usunięcie szwów;
- 9) znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe);
- 10) nacięcie ropnia;
- 11) opatrunek po zabiegu chirurgicznym.

7.

W ramach diagnostyki rentgenowskiej Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w placówkach medycznych:

- 1) RTG stomatologiczny;
- 2) pantomogram.

8.

O sposobie leczenia i użytych materiałach do leczenia decyduje lekarz stomatolog.

9.

Allianz nie pokrywa kosztów innych usług niż wskazane w ust. 4-7 powyżej, a w szczególności:

- 1) leczenia ortodontycznego, protetycznego i leczenia ze względów estetycznych;
- 2) odbudowy i rekonstrukcji zębów;
- 3) wszczepienia implantów;
- 4) wybielania zębów; usuwania kamienia nazębnego;
- 5) fluoryzacji, lakowania, piaskowania.

10.

Allianz nie pokrywa kosztów leczenia z zakresu stomatologii wykonywanych w placówkach medycznych nie wskazanych przez Allianz, przy zachowaniu postanowień § 12 ust. 6-13 o.w.u.

## § 3.

1.

Odpowiedzialność Allianz z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po trzymiesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia objęcia ochroną z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia do ostatniego dnia trzeciego miesiąca, następującego po dniu objęcia ochroną.

2.

Odpowiedzialność Allianz z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o.w.u.

## § 4.

1.

Warunkiem pokrycia kosztów leczenia usług wymienionych w § 2 ust 4-7 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest przestrzeganie przez Ubezpieczonego zasad określonych w § 12 ust. 3-4 o.w.u.

2.

Wszystkie wymienione w § 2. ust. 2 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia świadczenia będą zorganizowane dla Ubezpieczonego, jeśli:

- 1) wykonywane są w placówce medycznej wskazanej przez Allianz;
- 2) mogą być zrealizowane w warunkach ambulatoryjnych, z uwzględnieniem wskazań lekarskich;
- 3) istnieje możliwość ich wykonania w danej placówce medycznej;

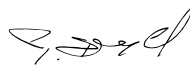
#### § 5.

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą dodatkową umową ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsza dodatkowa umowa ubezpieczenia została zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 50/2009 z dnia 18.05.2009 roku i wchodzi w życie z dniem 1.06.2009 roku.



Paweł Dangel  
Prezes Zarządu



Michael Müller  
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu



Piotr Dzikiewicz  
Wiceprezes Zarządu



Stanisław Borkowski  
Członek Zarządu



Zbigniew Świątek  
Członek Zarządu

## Załącznik nr 1 do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Wariant Ubezpieczenia				
		Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP
1.	<b>Całodobowa, ogólnopolska rezerwacja terminów wizyt lekarskich, badań i innych świadczeń dostępnych w ramach umowy ubezpieczenia</b> Warunkiem niezbędnym do uzyskania świadczeń zdrowotnych, wymienionych w niniejszym załączniku oraz świadczeń należnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej i dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii, o ile umowy te zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, jest skontaktowanie się z infolinią medyczną Allianz czynną przez 24 godziny na dobę, której numer podany jest na imiennym identyfikatorze.	x	x	x	x	x
2.	<b>24-godzinna informacja o usługach i świadczeniach zdrowotnych dostępnych w ramach umowy ubezpieczenia</b> Przez całą dobę Ubezpieczony za pośrednictwem infolinii medycznej ma dostęp do telefonicznej informacji na temat usług i świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach umowy ubezpieczenia, oraz o warunkach i sposobie uzyskania świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju, adresach i telefonach współpracujących placówek medycznych.	x	x	x	x	x
3.	<b>Nielimitowany dostęp do konsultacji lekarskich dostępnych w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia</b> Konsultacja lekarska przeprowadzona w ramach opieki podstawowej i specjalistycznej obejmuje: – przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną (podmiotowego polegającego na zebraniu wywiadu chorobowego, przedmiotowego – polegającego na fizykalnym badaniu pacjenta); – postawienie diagnozy; – zlecenie wykonania badań laboratoryjno-diagnostycznych niezbędnych do postawienia diagnozy lub procesu leczenia, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną oraz profilem danej specjalności medycznej; – analizę wyników badań laboratoryjno-diagnostycznych; – zlecenie niezbędnych konsultacji specjalistycznych; – wystawienie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy; – wystawienie recept na leki, materiały opatrunkowe i inne; – edukację zdrowotną i zalecenia lekarskie; – koordynację procesu leczniczego. Konsultacje lekarskie dają możliwość zasięgnięcia porad bez ograniczeń ich ilości u lekarzy dostępnych we wskazanych przez Allianz placówkach medycznych, z zastrzeżeniem konsultacji psychologa i psychiatry wymienionych w ust. 5).	x	x	x	x	x
4.	<b>Nielimitowana opieka lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*****</b> Konsultacje lekarskie z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej będą udzielane w godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek medycznych. Konsultacje lekarskie z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są przez:					
	internistę,	x	x	x	x	x
	lekarza rodzinnego,	x	x	x	x	x
	pediatrę (dostępnego dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego).		x	x	x	x
5.	<b>Nielimitowana opieka lekarzy specjalistów*****</b> Konsultacje lekarskie z zakresu opieki specjalistycznej będą udzielane przez lekarzy specjalistów wskazanych przez placówkę medyczną do udzielania świadczeń zdrowotnych należnych w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, bez konieczności posiadania skierowania lekarskiego, w godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek medycznych. Specjalistyczna opieka lekarska jest realizowana przez:					
	chirurga ogólnego,	x	x	x	x	x
	urologa,	x	x	x	x	x
	pulmonologa,	x		x	x	x
	reumatologa,	x		x	x	x
	dermatologa,		x	x	x	x
	ginekologa,		x	x	x	x
	laryngologa,		x	x	x	x
	neurologa,		x	x	x	x
	neurochirurga,		x	x	x	x
	okulistę,		x	x	x	x
	alergologa,			x	x	x
	gastrologa,			x	x	x
	kardiologa,			x	x	x
	chirurga naczyniowego,				x	x
	chirurga onkologa,				x	x
	diabetologa,				x	x
	endokrynologa,				x	x
	hematologa,				x	x
	onkologa,				x	x
	ortopedę,				x	x
	dietetyka,					x
	lekarza chorób zakaźnych,					x
	nefrologa,					x
	proktologa,					x
	psychiatrę (4 wizyty w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności Allianz, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego),					x
	psychologa (4 wizyty w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności Allianz, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego).					x

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Wariant Ubezpieczenia				
		Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP
6.	<b>Prowadzenie ciąży</b> Obejmuje opiekę lekarza ginekologa (ginekologa-położnika) oraz wykonanie wszystkich koniecznych badań i konsultacji lekarskich dostępnych dla danego Ubezpieczonego w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia.		x	x	x	x
7.	<b>Szkoła rodzenia</b> Allianz zapewnia zwrot kosztów uczestnictwa w wybranej przez Ubezpieczonego Szkole Rodzenia do wysokości 500 zł. Aby uzyskać zwrot kosztów uczestnictwa w zajęciach Szkoły Rodzenia Ubezpieczony jest zobowiązany, niezwłocznie po zakończeniu zajęć przesłać oryginał imiennego rachunku lub faktury wystawionej przez Szkołę Rodzenia, wskazujących wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł. Faktura powinna być skierowana do Wydziału Ubezpieczeń Zdrowotnych, pod adres wskazany na imiennym identyfikatorze. Ubezpieczony – po dostarczeniu Allianz oryginału faktury – otrzyma zwrot poniesionych kosztów uczestnictwa w terminie 30 dni od dnia otrzymania faktury przez Allianz.					x
8.	<b>Konsultacje profesorskie</b> Konsultacje u profesora będą udzielane we wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej placówkach medycznych, bez konieczności posiadania skierowania lekarskiego. Ilość konsultacji profesorskich jest nielimitowana.					x
9.	<b>Konsultacje profesorskie przebiegu leczenia</b> Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne realizowane przez lekarzy z tytułem profesorskim będą udzielane we wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej placówkach medycznych, na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia specjalistę z placówki współpracującej z Allianz. Dalszy proces leczenia odbywa się przez lekarza prowadzącego.				x	x
10.	<b>Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne**</b> Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne to usługi w formie zabiegów wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych w gabinecie lekarskim lub zabiegowym. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne mogą być wykonywane zarówno przez lekarza, jak i pielęgniarkę podczas lub po konsultacji lekarskiej. Zakres zabiegów ambulatoryjnych jest uwarunkowany dostępnością w danej placówce medycznej i obejmuje:					
1)	<b>z zakresu alergologii:</b>					
	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK) i kontaktowych/platkowych (PATCH),			x	x	x
	odczulanie lekiem Ubezpieczonego* polegające na wykonaniu serii zastrzyków w określonym przez lekarza alergologa czasie;				x	x
2)	<b>z zakresu chirurgii:</b>					
	iniekcja dostawowa*,	x	x	x	x	x
	leczenie owrzodzeń skórnych,	x	x	x	x	x
	leczenie zanokcicy z wycięciem klinowym paznokcia lub usunięciem płytki paznokciowej,	x	x	x	x	x
	leczenie zastrzału powierzchownego,	x	x	x	x	x
	nacinięcie i drenaż ropnia,	x	x	x	x	x
	nacinięcie i drenaż krwiaka,	x	x	x	x	x
	nacinięcie i drenaż czyraka,	x	x	x	x	x
	założenie prostego opatrunku chirurgicznego,	x	x	x	x	x
	opatrzenie drobnych urazów: rany, skręcenia, zwichnięcia,	x	x	x	x	x
	opatrzenia drobnych oparzeń i odmrożeń,	x	x	x	x	x
	punkcja stawów,	x	x	x	x	x
	usunięcie ciała obcego, kleszcza,	x	x	x	x	x
	szycie rany,	x	x	x	x	x
	zdejmowanie szwów,	x	x	x	x	x
	zmiana prostego opatrunku i toalety rany;	x	x	x	x	x
3)	<b>z zakresu ginekologii:</b>					
	pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego,		x	x	x	x
	pobranie i wykonanie wymazu cytohormonalnego,		x	x	x	x
	badanie KTG,					x
	elektrokoagulacja szyjki macicy,					x
	krioterapia nadżerek,					x
	kolposkopia;					x
4)	<b>z zakresu okulistyki:</b>					
	usunięcie ciała obcego z oka/powieki,		x	x	x	x
	udrażnianie przewodów łzowego,		x	x	x	x
	płukanie dróg łzowych,		x	x	x	x
	opatrunek oczny z lekiem		x	x	x	x
	pomiar ciśnienia śródgałkowego,		x	x	x	x
	badanie ostrości widzenia,		x	x	x	x
	badanie pola widzenia,		x	x	x	x
	dobór szkielek okularowych (bez doboru soczewek),		x	x	x	x
	badanie lampą szczelinową,		x	x	x	x
	badanie dna oka,		x	x	x	x
	egzofthalmometria,		x	x	x	x
	gonioskopia,		x	x	x	x
	refraktometria (komputerowe badanie wzroku),		x	x	x	x
	skiaskopia.		x	x	x	x

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Wariant Ubezpieczenia					
		Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP	
5)	<b>z zakresu ortopedii:***</b>						
	iniekcja dostawowa*,				x	x	
	opatrzenie drobnych urazów: skręcenia, zwichnięcia,				x	x	
	unieruchomienie kończyn i stawów,				x	x	
	opatrzenie drobnych nieskomplikowanych złamań (założenie i zdjęcie opatrunku gipsowego),				x	x	
	punkcje stawów,				x	x	
	szycie rany,				x	x	
	zdejmowanie szwów,				x	x	
	zmiana prostego opatrunku i toaleta rany;				x	x	
6)	<b>z zakresu urologii:</b>						
	cewnikowanie pęcherza moczowego,	x	x	x	x	x	
	płukanie pęcherza moczowego,	x	x	x	x	x	
	wymiana cewnika;	x	x	x	x	x	
7)	<b>z zakresu laryngologii:</b>						
	płukanie uszu,		x	x	x	x	
	usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła,		x	x	x	x	
	opatrunek uszny z lekiem,		x	x	x	x	
	postępowanie zachowawcze w przypadku krwawienia z nosa (założenie gąbki spongostanowej, założenie i usunięcie tamponady przedniej nosa, koagulacja naczyń spłotu Kisselbacha),		x	x	x	x	
	pędzlowanie gardła,		x	x	x	x	
	pędzlowanie jamy ustnej,		x	x	x	x	
	przedmuchiwanie trąbek słuchowych,		x	x	x	x	
	odessanie wydzieliny z uszu lub przewodów nosa,		x	x	x	x	
	punkcje zatok,					x	
	płukanie zatok metodą Proteza,					x	
	koagulacja lub/i ablacja przy krwawieniu z nosa,					x	
	anemizacja ujścia zatok,					x	
	paracenteza.					x	
11.	<b>Wizyty domowe</b> Porada w ramach wizyty domowej udzielana będzie w wybranych miejscowościach na terenie kraju, po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności wykonania takiej usługi konsultantowi infolinii medycznej Allianz w godzinach wskazanych przez placówkę medyczną i na terenie administracyjnym określonym przez placówkę medyczną. W wybranych miejscowościach na terenie kraju usługa jest realizowana całodobowo. Wizyta domowa może być przeprowadzona w uzasadnionych przypadkach z uwzględnieniem stanu zdrowia Ubezpieczonego. Wizyta lekarska obejmuje badanie lekarskie (przedmiotowe i podmiotowe), postawienie diagnozy, wystawienie recept i innych zaświadczeń lekarskich, zlecenie wykonania badań laboratoryjno-diagnostycznych, zlecenie konsultacji specjalistycznych. Kontynuacja leczenia i wizyty kontrolne odbywają się w warunkach ambulatoryjnych we współpracujących placówkach medycznych.					x	x
12.	<b>Diagnostyka laboratoryjna</b> Diagnostyka laboratoryjna wykonywana jest w ramach leczenia ambulatoryjnego na podstawie skierowania specjalisty dostępnego w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia i o ile istnieje możliwość wykonania w danej placówce medycznej.	x	x	x	x	x	
13.	<b>Badania biochemiczne:</b>						
	amylaza/diastaza (AMY),	x	x	x	x	x	
	azot mocznikowy (BUN),	x	x	x	x	x	
	aminotransferaza alaninowa (AIAT/ALT/GPT),	x	x	x	x	x	
	aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT),	x	x	x	x	x	
	białko całkowite (BCA),	x	x	x	x	x	
	bilirubina całkowita (BILC/BIL total),	x	x	x	x	x	
	bilirubina bezpośrednia (BILB/BIL direct),	x	x	x	x	x	
	bilirubina pośrednia,	x	x	x	x	x	
	chlorki,	x	x	x	x	x	
	gamma glutamylotransferaza/glutamylotranspeptydaza (GGTP/GGT),	x	x	x	x	x	
	glukoza na czczo,	x	x	x	x	x	
	kreatynina,	x	x	x	x	x	
	klirens kreatyniny (GFR) ,	x	x	x	x	x	
	mocznik,	x	x	x	x	x	
	odczyn Wassermanna (WR),	x	x	x	x	x	
	USR,	x	x	x	x	x	
	VDRL,	x	x	x	x	x	
	próby wątrobowe (AIAT/ALT/GPT, AspAT/AST/GOT),	x	x	x	x	x	
	sód (Na),	x	x	x	x	x	



Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Wariant Ubezpieczenia				
		Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP
potas (K),		x	x	x	x	x
jonogram: sód (Na) i potas (K),		x	x	x	x	x
żelazo (Fe),		x	x	x	x	x
albumina (ALB),			x	x	x	x
białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram),			x	x	x	x
białko C-reaktywne (CRP/hs-CRP),			x	x	x	x
czynnik reumatoidalny (RF),			x	x	x	x
dehydrogenaza mleczanowa (LDH/LD),			x	x	x	x
fosfotaza alkaliczna/zasadowa (ALP/ALK),			x	x	x	x
fosfotaza kwaśna całkowita (ACP),			x	x	x	x
fosfotaza kwaśna sterczowa (PAP),			x	x	x	x
fosfor (P)/fosforan nieorganiczny,			x	x	x	x
kinaza fosfokreatynowa/kreatynowa (CK/CPK),			x	x	x	x
kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CKMB),			x	x	x	x
kwas moczowy,			x	x	x	x
magnez (Mg),			x	x	x	x
odczyn Waalera-Rosego,			x	x	x	x
wapń całkowity (Ca),			x	x	x	x
glukoza po obciążeniu/krzywa glukozowa,				x	x	x
ceruloplazmina,					x	x
kwas foliowy,					x	x
lipaza,					x	x
hemoglobina glikowana/glikozylowana (HbA1c),					x	x
homocysteina,					x	x
cholinesteraza (CHE),						x
cynk,						x
dopelniacz,						x
ferrytyna,						x
<b>14. Diagnostyka miażdżycy:</b>						
cholesterol całkowity (CHOL),			x	x	x	x
cholesterol HDL,			x	x	x	x
cholesterol LDL,			x	x	x	x
triglicerydy (TRIG/TG),			x	x	x	x
lipidogram (TC, HDL, LDL, TRG/TG),			x	x	x	x
<b>15. Diagnostyka chorób tarczycy:</b>						
hormon tyreotropowy (TSH),					x	x
trójiodotyronina całkowita (TT3),					x	x
trójiodotyronina wolna (fT3),					x	x
tyroksyna całkowita (TT4),					x	x
tyroksyna wolna (fT4),					x	x
przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej),						x
przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie),						x
<b>16. Diagnostyka cukrzycy:</b>						
glukoza/cukier na czczo,		x	x	x	x	x
glukoza/cukier po obciążeniu (krzywa glukozowa),				x	x	x
hemoglobina glikowana/glikozylowana (HbA1c),					x	x
insulina,						x
c-peptyd,						x
<b>17. Diagnostyka choroby wieńcowej:</b>						
troponina T/l,						x
<b>18. Diagnostyka niedokrwistości:</b>						
żelazo (Fe),		x	x	x	x	x
żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC),			x	x	x	x
transferyna,			x	x	x	x
kwas foliowy,					x	x
ferrytyna,						x
witamina B12,						x

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Wariant Ubezpieczenia				
		Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP
<b>19. Markery nowotworowe:</b>						
antygen CA 125 (CA 125),				x	x	
antygen CA 15-3 (15-3),				x	x	
antygen CA 19-9 (CA 19-9),				x	x	
antygen karcynoembrionaln/rakowozarodkowy (CEA),				x	x	
antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity),				x	x	
antygen swoisty dla stercza (PSA wolny),				x	x	
alfa-fetoproteina (AFP).				x	x	
<b>20. Badania hematologiczne:</b>						
czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),	x	x	x	x	x	
morfologia krwi obwodowej,	x	x	x	x	x	
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),	x	x	x	x	x	
rozmaz krwi obwodowej,	x	x	x	x	x	
retikulocyty,	x	x	x	x	x	
czas krwawienia,		x	x	x	x	
czas krzepnięcia,		x	x	x	x	
czas krwawienia i krzepnięcia,		x	x	x	x	
czas trombinowy (TT),		x	x	x	x	
czas protrombinowy (PT/wskaźnik Quicka/INR),		x	x	x	x	
fibrynogen (czynnik krzepnięcia I),		x	x	x	x	
grupa krwi,		x	x	x	x	
bezpośredni test antyglobulinowy – odczyn Coombsa BTA,				x	x	
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP),				x	x	
antytrombina III (AT III).				x	x	
<b>21. Badania immunologiczne oraz diagnostyka alergii:</b>						
immunoglobuliny A całkowite/nieswoiste (IgA),				x	x	
immunoglobuliny G całkowite/nieswoiste (IgG),				x	x	
immunoglobuliny M całkowite/nieswoiste (IgM),				x	x	
immunoglobuliny E całkowite/nieswoiste (IgE),				x	x	
<b>22. Badania serologiczne:</b>						
antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex),	x	x	x	x	x	
odczyn Wassermanna (WR),	x	x	x	x	x	
USR,	x	x	x	x	x	
VDRL,	x	x	x	x	x	
odczyn Waalera-Rosego,		x	x	x	x	
mioglobina,				x	x	
antygen HBs (HbsAg, HBs),				x	x	
przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgG,				x	x	
przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgM,				x	x	
przeciwciała p. HBs (anty-HBs),				x	x	
przeciwciała p. HCV (anty-HCV),				x	x	
przeciwciała p. Helicobacter pylori,				x	x	
przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV1,				x	x	
przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV2,				x	x	
przeciwciała p. Toxoplasma gondii klasy IgG,				x	x	
przeciwciała p. Toxoplasma gondii klasy IgM,				x	x	
przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgG,				x	x	
przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgM,				x	x	
przeciwciała p. cytoplazmie ANCA (cANCA, pANCA, aANCA),					x	
przeciwciała p. jądrowe (ANA),					x	
przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej),					x	
przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie),					x	
przeciwciała anty receptorom TSH.					x	
<b>23. Badania hormonalne</b>						
estradiol,			x	x	x	
estriol,			x	x	x	
progesteron,			x	x	x	

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Wariant Ubezpieczenia				
		Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP
prolaktyna/laktotropina (PRL),				x	x	x
testosteron,				x	x	x
gonadotropina kosmówkowa (beta – HCG/hCG),					x	x
hormon folikulotropowy (FSH),					x	x
hormon luteinizujący/lutropina (LH),					x	x
hormon tyreotropowy/tyreotropina (TSH),					x	x
kortyzol/glikokortykosteroid,					x	x
parathormon (PTH),					x	x
trójiodotyronina wolna (FT3),					x	x
trójiodotyronina całkowita (TT3),					x	x
tyroksyna całkowita (TT4),					x	x
tyroksyna wolna (FT4),					x	x
tyreoglobulina,					x	x
adrenalina,						x
aldosteron,						x
siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S),						x
insulina,						x
kalcytonina.						x
<b>24. Badania endoskopowe**</b>						
gastroskopia diagnostyczna,				x	x	x
rektoskopia diagnostyczna,				x	x	x
kolonoskopia diagnostyczna,					x	x
sigmoidoskopia diagnostyczna.					x	x
<b>25. Badania bakteriologiczne:</b>						
posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) moczu,					x	x
posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) kału,					x	x
posiew kału w kierunku Salmonella Shigella,					x	x
posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) krwi,					x	x
posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) płwociny,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) ze zmiany ropnej,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z czyraka,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z cewki moczowej,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z gardła,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z jamy ustnej,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z kanału szyjki macicy,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z nosa,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z oka,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z pochwy,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z rany,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z ucha,					x	x
wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) ze zmian skórnych.					x	x
<b>26. Badania mykologiczne w kierunku drożdży, grzybów, pleśni z antymykogramem:</b>						
ze zmiany ropnej,					x	x
z czyraka,					x	x
z cewki moczowej,					x	x
z gardła,					x	x
z jamy ustnej,					x	x
z kanału szyjki macicy,					x	x
z nosa,					x	x
z oka,					x	x
z pochwy,					x	x
z rany,					x	x
z ucha,					x	x
ze zmian skórnych.					x	x
<b>27. Badania moczu:</b>						
amylaza/diastaza (AMY),	x	x	x	x	x	x
badanie ogólne moczu,	x	x	x	x	x	x

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Wariant Ubezpieczenia				
		Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP
	glukoza/cukier,	x	x	x	x	x
	sód (Na),		x	x	x	x
	potas (K),		x	x	x	x
	Jonogram: sód (Na) i potas (K),		x	x	x	x
	wapń (Ca),		x	x	x	x
	fosfor (P)/fosforan nieorganiczny,		x	x	x	x
	kreatynina,		x	x	x	x
	kwas moczowy,		x	x	x	x
	klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu), (GFR),		x	x	x	x
	liczba Addisa (z dobowej zbiórki moczu),		x	x	x	x
	magnez (Mg),		x	x	x	x
	mocznik,		x	x	x	x
	test ciążowy/ gonadotropina kosmówkowa (HCG),				x	x
28.	<b>Badania kału:</b>					
	badanie ogólne kału,		x	x	x	x
	jaja pasożytów,		x	x	x	x
	kał na krew utajoną (FOBT),		x	x	x	x
	cysty lamblii,		x	x	x	x
	badanie kału w kierunku Shigella Salmonella.		x	x	x	x
29.	<b>Badania cytologiczne</b>					
	pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego,		x	x	x	x
	pobranie i wykonanie wymazu cytohormonalnego.		x	x	x	x
30.	<b>Badania histopatologiczne</b>					
	wykonanie i ocena preparatu histopatologicznego.				x	x
31.	<b>Badania radiologiczne – RTG</b>					
	Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztu kontrastu używanego do badań radiologicznych oraz RTG:					
	klatki piersiowej,	x	x	x	x	x
	czaszki, zatok, oczodołu,		x	x	x	x
	górnego odcinka przewodu pokarmowego (badanie przełyku, żołądka i dwunastnicy),		x	x	x	x
	kończyn,		x	x	x	x
	stawów,		x	x	x	x
	kręgosłupa szyjnego,		x	x	x	x
	kręgosłupa piersiowego,		x	x	x	x
	kręgosłupa lędźwiowego-krzyżowego,		x	x	x	x
	kręgosłupa krzyżowo-biodrowego,		x	x	x	x
	całego kręgosłupa,		x	x	x	x
	miednicy,		x	x	x	x
	zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej,		x	x	x	x
	badanie mammograficzne,				x	x
	badanie densytometryczne,				x	x
	wlew doodbytniczy,				x	x
	zdjęcia nerek, moczowodów i pęcherza (urografia).					x
32.	<b>Badania ultrasonograficzne – USG****</b>					
	USG jamy brzusznej,	x	x	x	x	x
	USG płodu,		x	x	x	x
	USG transwaginalne,		x	x	x	x
	USG narządu rodniego,		x	x	x	x
	USG piersi,		x	x	x	x
	biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego (BAC),		x	x	x	x
	USG układu moczowego (ocena pęcherza moczowego i nerek),		x	x	x	x
	USG transrektalne (TRUS),		x	x	x	x
	USG prostaty/gruczołu krokowego,		x	x	x	x
	USG jąder i najądrzy,		x	x	x	x
	USG stawów biodrowych,		x	x	x	x
	USG stawu skokowego,		x	x	x	x
	USG stawu barkowego,		x	x	x	x
	USG stawu łokciowego,		x	x	x	x

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Wariant Ubezpieczenia				
		Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP
USG stawów kolanowych,		x	x	x	x	x
USG dołów podkolanowych,		x	x	x	x	x
USG tarczycy,		x	x	x	x	x
biopsja cienkoigłowa tarczycy i pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego,		x	x	x	x	x
USG mięśni, tkanki podskórnej,			x	x	x	
USG przeziemiączkowe,			x	x	x	
USG ślinianek,			x	x	x	
USG serca (ECHO serca),				x	x	
badanie przepływu naczyniowego tętnic szyjnych i kręgowych (Doppler),				x	x	
badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn górnych (Doppler),				x	x	
badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn dolnych (Doppler),				x	x	
badanie przepływu naczyniowego żył kończyn górnych (Doppler),				x	x	
badanie przepływu naczyniowego żył kończyn dolnych (Doppler),				x	x	
badanie przepływu naczyniowego tętnic nerkowych (Doppler),				x	x	
badanie przepływu naczyniowego pnia trzewnego, tętnic kręzkowych, tętnic nerkowych, aorty (Doppler)				x	x	
USG gałek ocznych i oczodołów,				x	x	
USG ścięgna Achillesa				x	x	
USG ręki, stopy,				x	x	
USG węzłów chłonnych.				x	x	
<b>33. Tomografia komputerowa – TK:</b> Badania diagnostyczne, wykonywane w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem dożylnym, doustnym lub bez (z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej – angiografii/ANGIO):						
głowy,				x	x	
oczodołów,				x	x	
twarzoczaszki,				x	x	
zatok,				x	x	
kości skroniowej,				x	x	
nosogardła,				x	x	
żuchwy,				x	x	
szczęki,				x	x	
krtani,				x	x	
szyi,				x	x	
klatki piersiowej,				x	x	
kręgosłupa,				x	x	
jamy brzusznej,				x	x	
miednicy,				x	x	
kończyn dolnych,				x	x	
kończyn górnych,				x	x	
stawów.				x	x	
<b>34. Rezonans magnetyczny – NMR:</b> Badania diagnostyczne, wykonywane w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem dożylnym lub bez (z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej – angiografii/ANGIO):						
głowy,				x	x	
oczodołów,				x	x	
twarzoczaszki,				x	x	
zatok,				x	x	
kości skroniowej,				x	x	
nosogardła,				x	x	
żuchwy,				x	x	
szczęki,				x	x	
krtani,				x	x	
szyi,				x	x	
klatki piersiowej,				x	x	
kręgosłupa,				x	x	
jamy brzusznej,				x	x	
miednicy,				x	x	
kończyn dolnych,				x	x	
kończyn górnych,				x	x	
stawów.				x	x	

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Wariant Ubezpieczenia				
		Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP
35.	<b>Badania czynnościowe:</b>					
1)	<b>układu krążenia:</b>					
	EKG spoczynkowe,	x	x	x	x	x
	24-godzinna rejestracja EKG (badanie Holtera),				x	x
	24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego (Holter ciśnieniowy),				x	x
	EKG wysiłkowe,				x	x
	USG serca;				x	x
2)	<b>układu nerwowego:</b>					
	EEG – encefalografia w trybie czuwania,				x	x
	EMG – elektromiografia (próba tężyczkowa, próba miasteniczna);				x	x
3)	<b>narządu słuchu:</b>					
	audiometria tonalna (audiogram) od 5 roku życia,			x	x	x
4)	<b>układu oddechowego:</b>					
	spirometria bez próby rozkurczowej;			x	x	x
5)	<b>układu ruchu:</b>					
	badanie densytometryczne.				x	x
36.	<b>Ambulatoryjna opieka pielęgnarska</b> Personel pielęgnarski na podstawie skierowania lub zalecenia lekarskiego zapewnia następujące usługi w ramach opieki ambulatoryjnej:					
	pomiar ciśnienia tętniczego,	x	x	x	x	x
	iniekcje dożylnie*,		x	x	x	x
	iniekcje domięśniowe*,		x	x	x	x
	iniekcje podskórne*,		x	x	x	x
	badanie moczu metodą paskową,		x	x	x	x
	próba uczuleniowa na lek,		x	x	x	x
	założenie lub zmiana prostego opatrunku.		x	x	x	x
37.	<b>Nocna i świąteczna pomoc ambulatoryjna</b> Usługa dostępna na terenie kraju w placówkach medycznych wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej obejmująca konsultację lekarską dostępnego w placówce lekarza. Usługa jest realizowana poza standardowymi godzinami przyjęć placówki medycznej			x	x	x
38.	<b>Szczepienia wraz z konsultacją lekarską przed szczepieniem</b> Nieodpłatna konsultacja przed szczepieniem obejmująca kwalifikację do szczepienia w placówkach medycznych wskazanych za pośrednictwem infolinii Allianz, iniekcję oraz koszt szczepionki przeciw:					
	p. grypie raz w rocznym okresie ubezpieczenia,	x	x	x	x	x
	podanie anatoksyny p. tężczowej,				x	x
	p. WZW typu B,					x
	p. WZW typu A,					x
	p. WZW typu A+B,					x
	p. odkleszczowemu zapaleniu opon i mózgu.					x
39.	<b>Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia</b> Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia bez skierowania od lekarza specjalisty w placówkach medycznych wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej. Ubezpieczony ma możliwość korzystania z przeglądu stanu zdrowia raz w każdym 12 miesięcznym okresie odpowiedzialności Allianz, licząc od dnia objęcia ochroną w stosunku do danego Ubezpieczonego. Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia obejmuje:					x
1)	<b>konsultacje lekarskie:</b>					
	internista,					x
	kardiolog,					x
	ginekolog /urolog (w zależności od płci);					x
2)	<b>badania diagnostyczne:</b>					
	morfologia krwi z rozmazem (z analizatora/rozmaz automatyczny),					x
	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),					x
	glukoza/cukier,					x
	badanie ogólne moczu,					x
	cholesterol całkowity (CHOL),					x
	cholesterol HDL,					x
	cholesterol LDL,					x
	triglicerydy (TRIG/TG),					x
	mocznik,					x
	kreatynina,					x
	aminotransferaza alaninowa (AlAT/ALT/GPT),					x
	aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT),					x
	pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego;					x

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Wariant Ubezpieczenia				
		Mini	Komfort	Optimum	Maximum	Prestige VIP
3)	<b>badania radiologiczne:</b>					
	klatki piersiowej;					x
	USG piersi,					x
	mammografia,					x
	USG prostaty/gruczołu krokowego;					x
4)	<b>badania czynnościowe:</b>					
	EKG spoczynkowe.					x

\* Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków

\*\* Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztu znieczulenia

\*\*\* Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztu stabilizatorów i opatrunku gipsowego

\*\*\*\* Zakres ubezpieczenia nie obejmuje USG 3-D/ 4-D i USG genetycznego

\*\*\*\*\* Zakres ubezpieczenia nie obejmuje konsultacji profesorskich

Niniejszy załącznik został zatwierdzony uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 46/2009 z dnia 18.05.2009 roku i wchodzi w życie z dniem 1.06.2009 roku.



Paweł Dangel  
Prezes Zarządu



Michael Müller  
Wiceprezes Zarządu



Piotr Dzikiewicz  
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu



Stanisław Borkowski  
Członek Zarządu



Zbigniew Świętek  
Członek Zarządu

# Aneks nr 1 do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 45/2009 o indeksie AOZ 01 z dnia 18 maja 2009 r.

## § 1

W § 12 traci moc ust. 9-13.

## § 2

Po treści § 12 dodaje się nowy § 12, o następującym brzmieniu:

### § 12 Realizacja świadczeń zdrowotnych poza siecią placówek medycznych

#### 1.

W razie braku możliwości realizacji wybranego świadczenia zdrowotnego w placówce medycznej wskazanej przez Allianz bądź w przypadku braku w danej miejscowości placówki medycznej współpracującej z Allianz, Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń zdrowotnych wykonywanych na terytorium RP w warunkach ambulatoryjnych w dowolnie wybranym przez siebie zakładzie opieki zdrowotnej.

#### 2.

W przypadkach wymienionych w ust. 1 powyżej Allianz zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, na zasadach określonych w ust. 3-11.

#### 3.

Skorzystanie z możliwości, o której mowa w ust. 1 powyżej, wymaga przedniej akceptacji Allianz za pośrednictwem infolinii medycznej.

#### 4.

Allianz zwraca koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych w zakładach opieki zdrowotnej maksymalnie do wysokości określonej w cenniku gwarantowanych refundacyjnie świadczeń zdrowotnych stanowiącym załącznik nr 2 do o.w.u., na podstawie pisemnego zgłoszenia roszczenia na formularzu Allianz (wniosku refundacyjnym) wraz z załącznikami. Załącznikami są oryginały rachunków/ faktur i inne dokumenty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego. Rachunki/faktury i inne dokumenty stają się własnością Allianz.

#### 5.

Wniosek refundacyjny oraz cennik gwarantowanych refundacyjnie świadczeń zdrowotnych dostępny jest na stronie [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl). Allianz zastrzega sobie prawo do zmian cen wskazanych w cenniku gwarantowanych refundacyjnie świadczeń zdrowotnych.

#### 6.

Rachunki/faktury, o których mowa w ust. 4 opatrzone pieczęcią firmową zakładu opieki zdrowotnej oraz podpisem osoby upoważnionej do wystawienia rachunku/faktury wskazujące wysokość poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów świadczeń zdrowotnych, muszą zawierać szczegółową specyfikację uwzględniającą w szczególności:

- imię, nazwisko oraz aktualny adres Ubezpieczonego, któremu zostało udzielone świadczenie zdrowotne
- wskazanie lekarza specjalisty z poradą którego korzystał Ubezpieczony,
- wykaz wykonanych badań diagnostyczno-laboratoryjnych,
- wykaz innych świadczeń zdrowotnych z których korzystał Ubezpieczony,
- datę wykonanych świadczeń zdrowotnych,
- cenę poszczególnych świadczeń zdrowotnych.

#### 7.

Oryginał rachunków/faktur z wypełnionym wnioskiem refundacyjnym i należy przesłać na adres Dyrekcji Generalnej podany w dokumentacji ubezpieczeniowej z dopiskiem „Wydział Ubezpieczeń Zdrowotnych”.

#### 8.

Allianz wypłaca świadczenie w złotych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.

#### 9.

Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności zwrotu kosztów leczenia okazało się

niemożliwe, zwrot kosztów leczenia nastąpi w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz wypłaca w terminie przewidzianym w ust. 8.

#### 10.

Jeżeli Ubezpieczonemu zostało udzielone świadczenie zdrowotne nienależne lub wykraczające poza zakres ochrony ubezpieczeniowej, Allianz może odpowiednio zmniejszyć wysokość zwracanych kosztów leczenia.

#### 11.

Jeżeli zwrot kosztów leczenia nie przysługuje, Allianz poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę zwrotu kosztów leczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

#### 12.

Allianz nie ponosi odpowiedzialności za koszty wizyt domowych jeżeli zamiar umówienia wizyty domowej nie został zgłoszony i zaakceptowany przez infolinię Allianz.

#### 13.

W przypadku skorzystania ze świadczeń zdrowotnych (z pominięciem świadczenia o którym mowa w ust. 12 powyżej) w placówce medycznej współpracującej z Allianz ale z pominięciem kontaktu z infolinią medyczną na skutek czego Ubezpieczony poniósł koszty wykonanych świadczeń zdrowotnych, zwrot poniesionych przez niego kosztów jest możliwy maksymalnie do wysokości określonej w cenniku gwarantowanych refundacyjnie świadczeń zdrowotnych.

## § 3

§ 17 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

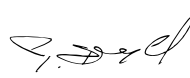
Ubezpieczający, w sposób zwyczajowo u niego przyjęty, zapewniający skuteczne doręczenie, zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu:

- informacji o treści zawartej umowy ubezpieczenia;
- przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia informacji w tym zakresie, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń;
- informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia niezwłocznie po jej otrzymaniu od Allianz.

## § 4

W załączniku nr 1 do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna (indeks AOZ 01) wyraz „p. grypie” zastępuje się wyrazem „p. grypie sezonowej”

Powyższe zmiany zostały przyjęte uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 3/2010 z dnia 19.01.2010 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 25.01.2010 roku.



Paweł Dangel  
Prezes Zarządu



Stanisław Borkowski  
Wiceprezes Zarządu



Piotr Dzikiewicz  
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek  
Wiceprezes Zarządu



## Cennik gwarantowanych świadczeń zdrowotnych realizowanych poza siecią placówek medycznych wskazywanych przez Allianz („cennik”)

- Allianz odpowiada za świadczenia zdrowotne dostępne w ramach przysługującemu Ubezpieczonemu wariantu ubezpieczenia maksymalnie do limitu określonego poniżej przy spełnieniu warunków wynikających z postanowień ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna o indeksie AOZ 01 (o.w.u.) zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 45/2009 z dnia 18.05.2009 roku, załącznika nr 1 do o.w.u. zatwierdzonego uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska nr 46/2009 z dnia 18.05.2009 roku i aneksu nr 1 do o.w.u. zatwierdzonego uchwałą Zarządu nr 3/2010 z dnia 19.01.2010 roku.
- Allianz zastrzega sobie prawo do zmian kwot podanych w cenniku. Aktualny cennik dostępny jest na stronie [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl) lub za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz.

	Opis świadczeń zdrowotnych i usług	Kwota refundacji
1.	Konsultacje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej: internista, lekarz rodzinny, pediatra.	60 zł
2.	Konsultacje lekarzy specjalistów: alergolog, chirurg ogólny, chirurg naczyniowy, chirurg onkolog, dermatolog, diabetolog, dietetyk, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, laryngolog, lekarz chorób zakaźnych, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, proktolog, psychiatra, psycholog, pulmonolog, reumatolog, urolog.	70 zł
3.	Konsultacje profesorskie, konsultacje profesorskie przebiegu leczenia.	120 zł
4.	Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne:	
1)	<b>z zakresu alergologii:</b>	
	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK) i kontaktowych/płatkowych (PATCH),	5 zł jeden alergen, nie więcej niż 80 zł za panel
	odczulanie lekiem Ubezpieczonego	3 0 zł
2)	<b>z zakresu chirurgii:</b>	
	iniekcja dostawowa, punkcja stawów,	30 zł
	leczenie owrzodzeń skórnych,	w cenie konsultacji
	leczenie zastrzału powierzchownego,	25 zł
	leczenie zanokcicy z wycięciem klinowym paznokcia lub usunięciem płytki paznokciowej,	45 zł
	nacinanie i drenaż ropnia, krwiaka, czyraka,	50 zł
	opatrzenie drobnych urazów: rany, skręcenia, zwichnięcia, opatrzenia drobnych oparzeń i odmrożeń,	25 zł
	szycie rany,	60 zł
	usunięcie ciała obcego, kleszcza,	30 zł
	założenie prostego opatrunku chirurgicznego, zmiana prostego opatrunku i toaleta rany, zdejmowanie szwów	15 zł
3)	<b>z zakresu ginekologii:</b>	
	badanie KTG,	25 zł
	elektrokoagulacja szyjki macicy,	150 zł
	kolposkopia,	70 zł
	krioterapia nadżerek,	150 zł
	pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego, cytohormonalnego	35 zł
4)	<b>z zakresu okulistyki:</b>	
	badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, badanie lampą szczelinową, dobór szkielek okularowych (bez doboru soczewek), egzoftalmometria, opatrunek oczny z lekiem, pomiar ciśnienia śródgałkowego, refraktometria (komputerowe badanie wzroku), skioskopia, usunięcie ciała obcego z oka/powieki,	w cenie konsultacji
	badanie pola widzenia,	35 zł
	gonioskopia,	14 zł
	płukanie dróg łzowych,	20 zł
	udrażnianie przewodu łzowego;	30 zł
5)	<b>z zakresu ortopedii:</b>	
	iniekcja dostawowa, punkcje stawów,	30 zł
	opatrzenie drobnych urazów: skręcenia, zwichnięcia,	25 zł
	unieruchomienie kończyn i stawów, opatrzenie drobnych nieskomplikowanych złamań (założenie i zdjęcie opatrunku gipsowego),	30 zł
	szycie rany,	60 zł
	zmiana prostego opatrunku i toaleta rany, zdejmowanie szwów	15 zł

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Kwota refundacji
6)	<b>z zakresu urologii:</b>	
	cewnikowanie pęcherza moczowego, płukanie pęcherza moczowego, wymiana cewnika	25 zł
7)	<b>z zakresu laryngologii:</b>	
	płukanie uszu, usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła, opatrunek uszny z lekiem, postępowanie zachowawcze w przypadku krwawienia z nosa (założenie gąbki spongostanowej, założenie i usunięcie tamponady przedniej nosa, koagulacja naczyń splotu Kisselbacha), pędzlowanie gardła, pędzlowanie jamy ustnej, przedmuchiwanie trąbek słuchowych, odessanie wydzieliny z uszu lub przewodów nosa, anemizacja ujścia zatok, paracenteza, płukanie zatok metodą Proteza, koagulacja lub/i ablacja przy krwawieniu z nosa,	20 zł
	punkcje zatok.	40 zł
5.	<b>Wizyty domowe.</b>	100 zł
6.	<b>Badania biochemiczne:</b>	
	albumina (ALB),	7 zł
	amylaza/diastaza (AMY),	8 zł
	aminotransferaza alaninowa (ALAT/ALT/GPT),	7 zł
	aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT),	7 zł
	azot mocznikowy (BUN),	6 zł
	białko całkowite (BCA),	7 zł
	białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram),	19 zł
	białko C-reaktywne (CRP/hs-CRP),	14 zł
	bilirubina całkowita (BILC/BIL total),	7 zł
	bilirubina bezpośrednia (BILB/BIL direct),	7 zł
	bilirubina pośrednia,	7 zł
	ceruloplazmina,	35 zł
	c-peptyd,	25 zł
	chlorki,	7 zł
	cholesterol całkowity (CHOL),	7 zł
	cholesterol HDL,	7 zł
	cholesterol LDL,	7 zł
	cholinesteraza (CHE),	15 zł
	cynk,	40 zł
	czynnik reumatoidalny (RF),	11 zł
	dehydrogenaza mleczanowa (LDH/LD),	10 zł
	dopetniacz,	39 zł
	ferrytyna,	30 zł
	fosfotaza alkaliczna/zasadowa (ALP/ALK),	7 zł
	fosfotaza kwaśna całkowita (ACP),	10 zł
	fosfotaza kwaśna sterczowa (PAP),	13 zł
	fosfor (P)/fosforan nieorganiczny,	6 zł
	gamma glutamylotranferaza/glutamylotraspeptydaza (GGTP/GGT),	9 zł
	glukoza/cukier na czczo,	6 zł
	glukoza/cukier po obciążeniu (krzywa glukozowa),	13 zł
	hemoglobina glikowana/glikozylowana (HbA1c),	25 zł
	homocysteina,	55 zł
	klirens kreatyniny (GFR),	11 zł
	kinaza fosfokreatynowa/kreatynowa (CK/CPK),	12 zł
	kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CKMB),	22 zł
	kreatynina,	7 zł
	kwas foliowy,	31 zł
	kwas moczowy,	7 zł
	lipaza,	13 zł
	lipidogram (TC, HDL, LDL, TRG/TG),	26 zł
	magnez (Mg),	7 zł
	mocznik,	7 zł
	odczyn Walera-Rosego,	14 zł
	odczyn Wassermanna (WR),	11 zł
	potas (K),	7 zł

Opis świadczeń zdrowotnych i usług	Kwota refundacji
próby wątrobowe (ALAT/ALT/GPT, AspAT/AST/GOT),	14 zł
sód (Na),	7 zł
transferyna,	25 zł
triglicerydy (TRIG/TG),	8 zł
troponina T/I,	20 zł
USR,	11 zł
VDRL,	11 zł
wapń całkowity (Ca),	7 zł
witamina B12,	32 zł
żelazo (Fe),	8 zł
żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC).	13 zł
<b>7. Markery nowotworowe:</b>	
antygen CA 125 (CA 125), antygen CA 15-3 (15-3), antygen CA 19-9 (CA 19-9),	38 zł
antygen karcynoembrionalny/rakowozarodkowy (CEA),	31 zł
antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity),	31 zł
antygen swoisty dla stercza (PSA wolny),	38 zł
alfa-fetoproteina (AFP).	31 zł
<b>8. Badania hematologiczne:</b>	
antytrombina III (AT III)	38 zł
bezpośredni test antyglobulinowy / odczyn Coombsa BTA,	24 zł
czas kaolinowo – kefalinowy (APTT),	9 zł
czas krwawienia,	7 zł
czas krzepnięcia,	7 zł
czas krwawienia i krzepnięcia,	9 zł
czas trombinowy (TT)	10 zł
czas protrombinowy (PT/wskaźnik Quicka/INR),	10 zł
fibrynogen (czynnik krzepnięcia I),	11 zł
grupa krwi,	25 zł
morfologia krwi obwodowej,	10 zł
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),	5 zł
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu(FDP),	40 zł
retikulocyty,	7 zł
rozmaz krwi obwodowej.	10 zł
<b>9. Badania immunologiczne oraz diagnostyka alergii:</b>	
immunoglobuliny A całkowite/nieswoiste(IgA), immunoglobuliny E całkowite/nieswoiste (IgE),immunoglobuliny G całkowite/nieswoiste (IgG), immunoglobuliny M całkowite/nieswoiste (IgM).	24 zł
<b>10. Badania serologiczne:</b>	
antygen HBs (HbsAg, HBs),	20 zł
antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex),	12 zł
mioglobina,	35 zł
odczyn Wassermanna (WR), USR, VDRL,	11 zł
odczyn Waalera-Rosego,	14 zł
przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgG,	30 zł
przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgM,	30 zł
przeciwciała p. HBs (anty-HBs),	30 zł
przeciwciała p. HCV (anty-HCV),	36 zł
przeciwciała p. Helicobacter pylori,	30 zł
przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV1,	36 zł
przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV2,	36 zł
przeciwciała p. Toxoplasma gondii klasy IgG,	30 zł
przeciwciała p. Toxoplasma gondii klasy IgM,	30 zł
przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgG,	30 zł
przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgM,	30 zł
przeciwciała p. cytoplazmie ANCA (cANCA, pANCA, aANCA),	75 zł

Opis świadczeń zdrowotnych i usług	Kwota refundacji
przeciwciała p. jądrowe (ANA),	50 zł
przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej),	38 zł
przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie),	38 zł
przeciwciała anty receptorom TSH.	60 zł
<b>11. Badania hormonalne:</b>	
adrenalina,	55 zł
aldosteron,	35 zł
estradiol,	24 zł
estriol,	34 zł
gonadotropina kosmówkowa (beta – HCG/hCG),	30 zł
hormon folikulotropowy (FSH),	24 zł
hormon luteinizujący/lutropina (LH),	24 zł
hormon tyreotropowy/tyreotropina (TSH),	20 zł
insulina,	30 zł
kalcytonina,	50 zł
kortyzol/glikokortykosteroid,	30 zł
parathormon (PTH),	38 zł
progesteron,	24 zł
prolaktyna/laktotropina (PRL),	24 zł
siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S),	35 zł
testosteron,	24 zł
trójiodotyronina wolna (fT3),	22 zł
trójiodotyronina całkowita (TT3),	19 zł
tyroksyna całkowita (TT4),	19 zł
tyroksyna wolna (fT4),	22 zł
tyreoglobulina.	40 zł
<b>12. Badania endoskopowe:</b>	
gastroskopia diagnostyczna,	90 zł
rektoskopia diagnostyczna,	100 zł
kolonoskopia diagnostyczna,	200 zł
sigmoidoskopia diagnostyczna.	150 zł
<b>13. Badania bakteriologiczne:</b>	
posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) moczu, posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) kału, posiew kału w kierunku Salmonella – Shigella, posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) krwi, posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) płwociny, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) ze zmiany ropnej, wymaz i posiew ((identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z czyraka, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z cewki moczowej, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z gardła, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z jamy ustnej, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z kanału szyjki macicy, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z nosa, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z oka, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z pochwy, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z rany, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z ucha, wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) ze zmian skórnych.	35 zł
<b>14. Badania mykologiczne w kierunku drożdży, grzybów, pleśni z antymykogramem:</b>	
ze zmiany ropnej, z czyraka, z cewki moczowej, z gardła, z jamy ustnej, z kanału szyjki macicy, z nosa, z oka, z pochwy, z rany, z ucha, ze zmian skórnych.	30 zł
<b>15. Badania moczu:</b>	
amylaza/diastaza (AMY),	8 zł
badanie ogólne moczu,	7 zł
fosfor (P)/fosforan nieorganiczny,	7 zł
glukoza/cukier,	7 zł
klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu GHR),	11 zł
kreatynina,	7 zł
kwas moczowy,	7 zł
liczba Addisa (z dobowej zbiórki moczu),	13 zł
potas (K),	7 zł
magnez (Mg),	7 zł
mocznik,	7 zł
sód (Na),	7 zł

Opis świadczeń zdrowotnych i usług		Kwota refundacji
	test ciążowy/ gonadotropina kosmówkowa (HCG),	18 zł
	wapń (Ca),	7 zł
<b>16. Badania kału:</b>		
	badanie ogólne kału,	13 zł
	badanie kału w kierunku Shigella Salmonella, (1próbka)	35 zł
	cysty lamblii,	27 zł
	jaja pasożytów,	13 zł
	kał na krew utajoną (FOBT).	15 zł
<b>17. Badania cytologiczne:</b>		
	pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego, pobranie i wykonanie wymazu cytohormonalnego.	35 zł
<b>18. Badania histopatologiczne:</b>		
	wykonanie i ocena preparatu histopatologicznego.	55 zł
<b>19. Badania radiologiczne – RTG (łącznie z kontrastem):</b>		
	czaszki, klatki piersiowej, kończyn, kręgosłupa (1 odcinek), oczodołu, stawów, miednicy, zatok, zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej,	35 zł
	górnego odcinka przewodu pokarmowego (badanie przełyku, żołądka i dwunastnicy),	60 zł
	badanie densytometryczne,	60 zł
	badanie mammograficzne,	75 zł
	wlew doodbytniczy,	130 zł
	zjęcia nerek, moczowodów i pęcherza (urografia).	150 zł
<b>20. Badania ultrasonograficzne – USG:</b>		
	USG jamy brzusznej, USG płodu, USG transwaginalne, USG narządu rodnego, USG piersi, USG układu moczowego (ocena pęcherza moczowego i nerek), USG transrektalne (TRUS), USG prostaty/gruczołu krokowego, USG jąder i najądrzy, USG stawów biodrowych, stawu skokowego, stawu barkowego, stawu łokciowego, stawów kolanowych, dołów podkolanowych, USG tarczycy, USG mięśni, tkanki podskórnej, USG przeziemiączkowe, USG ślinianek, USG gałek ocznych i oczodołów, USG ścięgna Achillesa, USG ręki, stopy, USG węzłów chłonnych,	60 zł
	USG serca (ECHO serca),	70 zł
	biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego (BAC), biopsja cienkoigłowa tarczycy i pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego,	100 zł
	badanie przepływu naczyniowego tętnic szyjnych i kręgowych (Doppler), badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn górnych (Doppler), badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn dolnych (Doppler), badanie przepływu naczyniowego żył kończyn górnych (Doppler), badanie przepływu naczyniowego żył kończyn dolnych (Doppler), badanie przepływu naczyniowego tętnic nerkowych (Doppler), badanie przepływu naczyniowego pnia trzewnego, tętnic kręgowych, tętnic nerkowych, aorty (Doppler)	80 zł
<b>21. Tomografia komputerowa – TK (łącznie z kontrastem):</b>		
	głowy, oczodołów, twarzoczaszki, zatok, kości skroniowej, nosogardła, żuchwy, szczęki, krtani, szyi, klatki piersiowej, kręgosłupa, jamy brzusznej, miednicy, kończyn dolnych, kończyn górnych, stawów.	300 zł
<b>22. Rezonans magnetyczny – NMR (łącznie z kontrastem):</b>		
	głowy, oczodołów, twarzoczaszki, zatok, kości skroniowej, nosogardła, żuchwy, szczęki, krtani, szyi, klatki piersiowej, kręgosłupa, jamy brzusznej, miednicy, kończyn dolnych, kończyn górnych, stawów.	400 zł
<b>23. Badania czynnościowe:</b>		
<b>1) układu krążenia:</b>		
	EKG spoczynkowe,	20 zł
	24-godzinna rejestracja EKG (badanie Holtera),	60 zł
	24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego (Holter ciśnieniowy),	60 zł
	EKG wysiłkowe,	70 zł
	USG serca (ECHO serca)	70 zł
<b>2) układu nerwowego:</b>		
	EEG – encefalografia w trybie czuwania,	70 zł
	EMG – elektromiografia (próba tężyczkowa, próba miasteniczna)	120 zł
<b>3) narządu słuchu:</b>		
	audiometria tonalna (audiogram) od 5 roku życia	25 zł
<b>4) układu oddechowego:</b>		
	spirometria bez próby rozkurczowej	25 zł
<b>5) układu ruchu:</b>		
	badanie densytometryczne.	60 zł
<b>24. Ambulatoryjna opieka pielęgniarska:</b>		
	pomiar ciśnienia tętniczego,	5 zł
	iniekcje dożylnie, iniekcje domięśniowe, iniekcje podskórne,	10 zł
	badanie moczu metodą paskową,	7 zł

Opis świadczeń zdrowotnych i usług	Kwota refundacji
próba uczuleniowa na lek,	10 zł
założenie lub zmiana prostego opatrunku.	15 zł
<b>25. Szczepienia wraz z konsultacją lekarską przed szczepieniem:</b>	
p. grypie sezonowej raz w rocznym okresie ubezpieczenia,	35 zł
podanie anatoksyny p. tężcowej,	25 zł
p. WZW typu B,	50 zł
p. WZW typu A,	120 zł
p. WZW typu A+B,	120 zł
p. odkleszczowemu zapaleniu opon i mózgu.	90 zł

Niniejszy załącznik nr 2 został zatwierdzony uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 4/2010 z dnia 19.01.2010 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 25.01.2010 roku.



Paweł Dangel  
Prezes Zarządu



Stanisław Borkowski  
Wiceprezes Zarządu



Piotr Dzikiewicz  
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek  
Wiceprezes Zarządu