

UMOWA DODATKOWA

Leczenie Szpitalne w Polsce

Co zyskujesz?

Zapewnimy Ci **pomoc i opiekę** w czasie leczenia w szpitalu **własnym lub współpracującym z Grupą LUX MED w Polsce**. Sfinansujemy i zorganizujemy:

- wsparcie Koordynatora Opieki Szpitalnej, który pomoże z formalnościami,
- niezbędne badania diagnostyczne,
- planowe leczenie operacyjne i niezabiegowe,
- rehabilitację i lekarskie wizyty kontrolne.

Warto wiedzieć

- Leczenie rozpocznieś już w **30 dni od akceptacji zgłoszenia**.
- Nie ma żadnych ograniczeń kosztowych, co oznacza, że w każdym roku możesz leczyć się w szpitalu, gdy tylko będzie to niezbędne (zgodnie z zakresem umowy).
- Masz do dyspozycji wszystkie zabiegi i procedury medyczne poza wyłączeniami, wyraźnie wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Zwróć uwagę

- Masz do wyboru **3 warianty ubezpieczenia**, które różnią się zakresem specjalizacji medycznych oraz dostępnych świadczeń.
- Możesz ubezpieczyć również partnera.

Jak skorzystać ze świadczenia medycznego?

- W ciągu 60 dni od otrzymania skierowania do szpitala zgłoś to nam i przekaz niezbędne dokumenty, czyli w szczególności skierowanie lekarskie, wypełniony i podpisany wniosek o skorzystanie z ubezpieczenia oraz wyniki badań związane z zaleconym leczeniem, w wybrany przez siebie sposób:
 - na adres mailowy: roszczeniaszpitalne@luxmed.pl
 - lub
 - pocztą tradycyjną, na adres: LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce, ul Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, z dopiskiem: Dział Likwidacji Roszczeń
- W przypadku akceptacji wniosku skontaktuje się z Tobą telefonicznie Koordynator Opieki Szpitalnej, który przeprowadzi Cię przez cały proces leczenia.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „LECZENIE SZPITALNE W POLSCE” (LSP/NPER/1/2025)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2 uwzględnieniem definicji w § 1 § 16 ust. 1 § 25 ust. 1-4 § 27 ust. 1 § 30 ust. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 5 ust. 2 § 23
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 3 ust. 4 § 6 ust. 1-5 § 7 ust. 2 § 8 § 9 ust. 5 § 10 § 11 § 12 § 14 ust. 5 § 16 ust. 8 i 12 § 24 ust. 1, 2, 4 i 6 § 25 ust. 2 i 4 § 30 ust. 5 pkt 3 § 31 ust. 1
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 16 ust. 1 § 27 ust. 1-3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIE SZPITALNE W POLSCE (LSP/NPER/1/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwiają zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu. Definicja Choroby nie obejmuje następstw Nieszczęśliwego Wypadku
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Choroba Rzadka** – schorzenie, które według rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych:
 - a) występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji europejskiej,
 - b) jest najczęściej uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg,
 - c) może prowadzić do przedwczesnej śmierci lub powoduje niepełnosprawność
4. **Ciąża Wysokiego Ryzyka** – ciąża, w której występują czynniki ryzyka ze strony matki lub płodu:
 - a) zwiększając częstotliwość powikłań przebiegu ciąży i porodu,
 - b) są zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu.W rozumieniu tej Umowy Dodatkowej Ciąża Wysokiego Ryzyka wymaga opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej
5. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu odbywający się w trybie planowym, którego celem jest:
 - a) przeprowadzenie diagnostyki lub leczenia, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą,
 - b) przyjęcie porodu
6. **Koordinacja Opieki Szpitalnej** – wsparcie w zakresie korzystania ze Świadczeń Medycznych, udzielane Ubezpieczonemu przez Koordynatora Opieki Szpitalnej. Zakres czynności realizowanych w ramach Koordinacji Opieki Szpitalnej wskazujemy w Załączniku
7. **Koordynator Opieki Szpitalnej** – przedstawiciel LUX MED, którego zadaniem jest realizacja czynności, które obejmuje Koordinacja Opieki Szpitalnej w czasie korzystania ze Świadczeń Medycznych
8. **Lekarz** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego
9. **LMG** – podmiot, który w naszym imieniu przyjmuje i weryfikuje wnioski oraz wydaje decyzję dotyczącą realizacji Świadczeń Medycznych. W przypadku uznania wniosku zleca ich wykonanie podmiotom leczniczym, które działają na jego zlecenie. Podmiot ten:
 - a) jest zarejestrowany jako LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja,
 - b) w Polsce działa pod nazwą LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce i ma siedzibę w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2
10. **LUX MED** – LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678), przy ul. Szturmowej 2, jeden z podmiotów leczniczych, który działa na zlecenie LMG i realizuje Świadczenia Medyczne
11. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
12. **Planowe Leczenie Niezabiegowe** – diagnostyka lub leczenie Ubezpieczonego, które nie są związane ze stanem nagłego zagrożenia jego życia lub zdrowia, oraz są realizowane w trybie planowym, na oddziałach chorób wewnętrznych, gastroenterologii oraz kardiologii Szpitala. Diagnostyka lub leczenie Ubezpieczonego odbywają się na podstawie wskazań medycznych i skierowania wystawionego przez Lekarza. Zakres Planowego Leczenia Niezabiegowego wskazujemy w Załączniku
13. **Planowe Leczenie Operacyjne** – zabiegi lub operacje Ubezpieczonego, które nie są związane ze stanem nagłego zagrożenia jego życia lub zdrowia, oraz są realizowane w trybie planowym w Szpitalu. Leczenie odbywa się na podstawie wskazań medycznych i skierowania wystawionego przez Lekarza, ma na celu leczenie Chorób lub skutków Nieszczęśliwego Wypadku, poprzez usunięcie zmienionych chorobowo tkanek lub narządów, bądź zniesienie objawów lub dolegliwości. Zakres Planowego Leczenia Operacyjnego wskazujemy w Załączniku
14. **Przychodnia** – podmiot leczniczy, który udziela świadczeń ambulatoryjnych na terenie Polski i zgodnie z polskim prawem, wskazany przez LMG lub Koordynatora Opieki Szpitalnej, po potwierdzeniu możliwości realizacji w tym podmiocie leczniczym Świadczenia Medycznego objętego ubezpieczeniem
15. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego, od nas lub LMG, którego następstwem nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
16. **Szpital** – podmiot leczniczy, który udziela Świadczeń Medycznych na terenie Polski i zgodnie z polskim prawem i został wskazany przez LMG lub Koordynatora Opieki Szpitalnej w celu realizacji Świadczenia Medycznego. Ubezpieczenie nie obejmuje Świadczeń Medycznych realizowanych w ośrodku opieki dla przewlekle chorych, w hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym ani wypożyczynowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym ani szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym
17. **Świadczenie Medyczne** – usługa medyczna udzielana Ubezpieczonemu, która obejmuje:
 - a) Koordynację Opieki Szpitalnej,
 - b) opiekę medyczną przed Hospitalizacją,
 - c) Planowe Leczenie Niezabiegowe,
 - d) Planowe Leczenie Operacyjne,
 - e) rehabilitację po Planowym Leczeniu Operacyjnym,
 - f) opiekę medyczną po Hospitalizacji,
 - g) konsultacje psychologiczne po nowotworze złośliwym,
 - h) położnictwo i neonatologię,
 - i) szpitalny przegląd zdrowia.Zakres i dostępność Świadczeń Medycznych zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Ubezpieczenia. Zakres poszczególnych Świadczeń Medycznych wskazujemy w Załączniku. Świadczenia Medyczne są realizowane w Szpitalu lub w Przychodni – zgodnie ze wskazaniem LMG albo Koordynatora Opieki Szpitalnej
18. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma co najmniej 18 lat i mniej niż 61 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
19. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
20. **Wariant Ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego zakres Świadczeń Medycznych, które udostępniamy Ubezpieczonemu w Umowie Dodatkowej
21. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
22. **Wysokospecjalistyczne Metody Leczenia i Diagnostyki** – zaawansowane technicznie metody lecznicze, w tym: zabiegi wymagające

użycia materiałów wszczepialnych, implantów lub endoprotez, funkcjonalne endoskopowe operacje zatok, zatok obocznych nosa, metody robotyczne, neurochirurgia kręgosłupa oraz badania diagnostyczne za pomocą skanerów PET-CT / PET-MRI, badania scyntygraficzne, badania MRI serca

23. **„Zasady organizacji i zakres Świadczeń Medycznych” (dalej: Załącznik)** – załącznik do tego dokumentu, który zawiera informacje na temat Świadczeń Medycznych, które obejmuje ubezpieczenie oraz o zasadach ich organizacji
24. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia:**
- narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
 - kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
 - bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
 - wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
 - nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie sploty wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
 - skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
 - wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
 - sporty walki;
 - wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynie, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
 - zorb
25. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
- wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
 - stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągnięte wyniki sportowe
26. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe:**
- Choroba lub Nieszczęśliwy Wypadek, które wystąpiły w czasie, gdy Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową i wymagają Planowego Leczenia Operacyjnego lub Planowego Leczenia Niezabiegowego. Dniem wystąpienia takiego Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień wystawienia skierowania na leczenie szpitalne przez Lekarza,
 - złożenie karty ciąży oraz poród; dniem wystąpienia takiego Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest dzień planowanego porodu, który został wpisany w karcie ciąży, o ile poród wypada w czasie, w którym Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową lub nie później niż w ciągu 14 dni od zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
- Gdy wystąpi Zdarzenie Ubezpieczeniowe ubezpieczenie obejmuje korzystanie przez Ubezpieczonego ze Świadczeń Medycznych zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego Wariantem Ubezpieczenia.
- Świadczenia Medyczne, które są dostępne w poszczególnych Wariantach Ubezpieczenia wskazujemy w tabeli poniżej:

Świadczenia Medyczne	Wariant Ubezpieczenia		
	MINI-MALNY	OPTY-MALNY	PREMIUM
1 Koordynacja Opieki Szpitalnej	✓	✓	✓
2 Opieka medyczna przed Hospitalizacją	✓	✓	✓
3 Planowe Leczenie Niezabiegowe	✓	✓	✓
4 Planowe Leczenie Operacyjne	✓	✓	✓

Świadczenia Medyczne	Wariant Ubezpieczenia		
	MINI-MALNY	OPTY-MALNY	PREMIUM
5 Rehabilitacja po Planowym Leczeniu Operacyjnym	✓	✓	✓
6 Opieka medyczna po Hospitalizacji	✓	✓	✓
7 Konsultacje psychologiczne po nowotworze złośliwym	✓	✓	✓
8 Położnictwo i neonatologia	–	–	✓
9 Szpitalny przegląd zdrowia	–	–	✓

W Wariancie Ubezpieczenia Premium Ubezpieczony może skorzystać ze szpitalnego przeglądu zdrowia, o ile w okresie 2 lat poprzedzających złożenie wniosku o taki przegląd nie skorzystał z żadnego ze Świadczeń Medycznych i w chwili złożenia wniosku znajduje się w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

4. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Ubezpieczenia, ubezpieczenie obejmuje Planowe Leczenie Operacyjne, które jest realizowane w następujących dziedzinach medycyny:

Dziedzina medycyny	Wariant Ubezpieczenia		
	MINI-MALNY	OPTY-MALNY	PREMIUM
Chirurgia ogólna	✓	✓	✓
Chirurgia naczyniowa	✓	✓	✓
Laryngologia	✓	✓	✓
Okulistyka	✓	✓	✓
Ginekologia	✓	✓	✓
Urologia	✓	✓	✓
Kardiologia inwazyjna	✓	✓	✓
Chirurgia onkologiczna	✓	✓	✓
Ortopedia	–	✓	✓
Neurochirurgia kręgosłupa	–	–	✓

- Planowe Leczenie Niezabiegowe jest realizowane w Szpitalu, w oddziałach chorób wewnętrznych, gastroenterologii oraz kardiologii.
- Zakres poszczególnych Świadczeń Medycznych wskazujemy w Załączniku.
- Przez pierwsze 3 miesiące ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczenie obejmuje Świadczenia Medyczne spowodowane wyłącznie Nieszczęśliwym Wypadkiem.
- Przez pierwsze 10 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych, które powodują konieczność zastosowania Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki. Ograniczenie to ma zastosowanie także wtedy, gdy konieczność zastosowania Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki wystąpi w ramach Hospitalizacji spowodowanych chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem, które przyjęliśmy do realizacji. Ubezpieczony może skorzystać z Wysokospecjalistycznych Metod Leczenia i Diagnostyki w tym okresie, o ile wyrazi pisemną zgodę na samodzielne pokrycie ich kosztu.
- Przez pierwsze 10 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczenie nie obejmuje świadczeń położniczych lub neonatologicznych.
- Ograniczenia ochrony, które wskazujemy powyżej mają także zastosowanie w przypadku zmian Wariantu Ubezpieczenia i rozszerzania zakresu o Świadczenia Medyczne, nieobjęte ochroną w ramach Wariantu Ubezpieczenia przed zmianą.
- W tym samym czasie możemy obejmować Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednej Umowy Dodatkowej Leczenia szpitalnego w Polsce.

ART. 3 CZEGO UBEZPIECZENIE NIE OBEJMUJE

- Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - stanów zagrożenia życia lub zdrowia, które wymagają leczenia w trybie pilnym / cito, lub ich następstw,

- b) leczenia stanów nagłych, które zostały stwierdzone w dniu przyjęcia do Szpitala (w tym udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego, zapalenia trzustki, zatorowości płucnej), w szczególności leczenia w warunkach oddziałów prowadzących intensywną terapię lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkowej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji,

W sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia zadzwoń na 112 lub skontaktuj się ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym.

- c) diagnostyki lub leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych,
- d) leczenia urazów wielonarządowych, czyli takich, które obejmują jednocześnie kilka układów lub narządów i które są spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem, w tym urazów, które wymagają pilnych interwencji torakochirurgicznych, neurochirurgicznych lub pobytu w warunkach oddziału realizujących świadczenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, lub leczenia następstw tych urazów,
- e) diagnozowania lub leczenia związanego z korektą płci lub zaburzeń płodności lub ich następstw,
- f) przeprowadzania zabiegów aborcji lub leczenia powikłań będących jej następstwami,
- g) diagnozowania lub leczenia stomatologicznego lub ich następstw,
- h) leczenia, które ze względów bezpieczeństwa medycznego, w tym zagrożenia nagłego pogorszenia stanu zdrowia zagrażającego życiu lub zdrowiu, stwierdzonych w dniu przyjęcia do Szpitala lub w trakcie pobytu w Szpitalu, wymaga jednoczesnego leczenia wysoko- lub wielospecjalistycznego w podmiocie leczniczym spoza listy podmiotów leczniczych, która znajduje się na stronie www.allianz.pl.

ART. 4 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, następującego po Miesiącu Polisowym, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa Dodatkowa.
2. Nie zawieramy kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.
3. Nie zawieramy z Tobą nowej Umowy Dodatkowej na rzecz tego samego Ubezpieczonego w ciągu 12 miesięcy od rozwiązania poprzedniej.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wieku Ubezpieczonego oraz wybranego Wariantu Ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać ze Świadczeń Medycznych, które są objęte ubezpieczeniem, to ma obowiązek:
 - a) złożyć wniosek o realizację Świadczenia Medycznego wraz z niezbędną dokumentacją, w ciągu 60 dni od dnia wystawienia skierowania do Szpitala. W przypadku szkody rodzenia po uzyskaniu karty ciąży, a w przypadku ciąży - na początku trzeciego trymestru,
 - b) współpracować z Koordynatorem Opieki Szpitalnej w zakresie organizacji i realizacji Świadczeń Medycznych, w tym uzgodnienia miejsca realizacji Świadczeń Medycznych,
 - c) stawić się na dodatkową wizytę lekarską lub badania diagnostyczne, jeżeli są one niezbędne do obiektywnego ustalenia stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz tego czy i w jakim zakresie Ubezpieczonemu przysługuje realizacja Świadczeń

Medycznych. Badania są wykonywane na koszt LMG i przez wyznaczonego przez LMG Lekarza. Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać,

- d) przedłożyć dodatkową dokumentację medyczną, o którą możemy poprosić przed wydaniem decyzji dotyczącej realizacji Świadczenia Medycznego lub w trakcie procesu realizacji Świadczenia Medycznego.
2. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakim zakresie Ubezpieczonemu przysługuje realizacja Świadczenia Medycznego, potrzebujemy:
 - a) wniosku o Świadczenie Medyczne od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia medycznego,
 - b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) w przypadku Hospitalizacji (nie dotyczy Hospitalizacji związanej z porodem) - kopii skierowania do szpitala oraz kopii posiadanej dokumentacji medycznej z diagnostyki, rozpoznania i leczenia, w tym: kart wypisu ze szpitala, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań,
 - d) w przypadku chęci skorzystania ze szkody rodzenia – kopii karty ciąży,
 - e) w przypadku porodu, opieki położnej oraz opieki neonatologicznej nad noworodkiem - kopii posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej ciąży oraz zaświadczenia od Lekarza wydanego nie wcześniej niż na początku trzeciego trymestru, że ciąża nie jest Ciężką Wysoką Ryzyka,
 - f) innych dokumentów, które dotyczą Zdarzenia Ubezpieczeniowego – na wniosek LMG.
 3. Wniosek o realizację Świadczenia Medycznego związanego ze Zdarzeniem Ubezpieczeniowym można złożyć:
 - a) pocztą elektroniczną na adres: roszczeniaszpitalne@luxmed.pl,
 4. pisząc na adres: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
 5. Jeżeli do określenia czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie Medyczne, będą potrzebne dodatkowe dokumenty, informacje, badania medyczne lub konsultacje lekarskie, LMG w naszym imieniu poinformuje o tym Ubezpieczonego. LMG przekaze informację pisemnie lub w inny sposób, na który Ubezpieczony wyraził zgodę.
 6. LMG działając w naszym imieniu i na podstawie zgody Ubezpieczonego może wystąpić do podmiotu leczniczego o udzielenie informacji medycznej, jeżeli będzie to potrzebne do określenia czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie Medyczne.
 7. Decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia Medycznego wyda LMG w naszym imieniu w ciągu 30 dni od otrzymania wniosku o realizację Świadczenia Medycznego.
 8. Jeśli ustalenie czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie Medyczne jest niemożliwe w 30-dniowym terminie, to decyzja dotycząca realizacji Świadczenia Medycznego zostanie wydana w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie wszystkich okoliczności było możliwe.
 9. Jeśli Świadczenie Medyczne przysługuje Ubezpieczonemu, realizacja Świadczenia Medycznego rozpocznie się nie później niż w ciągu 30 dni od wydania decyzji. Ubezpieczony może wskazać inny, późniejszy termin.
 10. Jeśli Świadczenie Medyczne nie przysługuje Ubezpieczonemu, to LMG w naszym imieniu poinformuje na piśmie o tym fakcie osobę, która złożyła wniosek i wskażemy podstawę prawną oraz okoliczności, które uzasadniają odmowę realizacji Świadczenia Medycznego.

ART. 7 JAK SKORZYSTAĆ ZE ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO

1. Ubezpieczony, po uzyskaniu decyzji, że przysługuje mu Świadczenie Medyczne:
 - a) uzgadnia miejsce i termin realizacji Świadczenia Medycznego z Koordynatorem Opieki Szpitalnej,
 - b) stosuje się do otrzymanych zaleceń i wskazówek, w tym w zakresie wykonania badań niezbędnych do rozpoczęcia realizacji Świadczenia Medycznego,
 - c) zgłasza się do Szpitala w uzgodnionym terminie, z ważnym dokumentem tożsamości.
2. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie Świadczenia Medyczne, które są organizowane przez LMG oraz realizowane wyłącznie w Szpitalach lub Przychodniach, które zostały wskazane przez LMG lub Koordynatora Opieki Szpitalnej.
3. W przypadku zorganizowania lub realizacji Świadczenia Medycznego przez Ubezpieczonego we własnym zakresie, Ubezpieczonemu nie przysługuje rekompensata ani zwrot poniesionych kosztów.
4. Świadczenia Medyczne są udzielane na terenie Polski, w lokalizacjach wskazanych przez LMG. Pełna lista podmiotów leczniczych znajduje się na stronie www.allianz.pl.

Lista lokalizacji zawiera zakres usług medycznych, jakie dany podmiot leczniczy realizuje.

5. Możemy zmienić listę podmiotów leczniczych z ważnych przyczyn, niezależnych od nas, takich jak zaprzestanie albo rozpoczęcie realizacji Świadczeń Medycznych przez Szpital. Taka zmiana nie stanowi zmiany Umowy Dodatkowej.

ART. 8 JAK ZMIENIĆ WARIANT UBEZPIECZENIA

1. Wariant Ubezpieczenia możesz zmienić raz w Roku Ubezpieczenia, wyłącznie w Rocznicę Ubezpieczenia.
2. Zmiana Wariantu Ubezpieczenia następuje na Twój wniosek i wymaga naszej akceptacji.
3. Taka zmiana nie jest możliwa w czasie, gdy przejmujemy opłacanie Składek z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki.
4. Jeśli składasz wniosek o zmianę Wariantu Ubezpieczenia nie później niż na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia oraz otrzymamy Składkę w nowej wysokości, wówczas zmiana obowiązuje od najbliższej Rocznicy Polisy po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę.
5. W przypadku zmiany Wariantu Ubezpieczenia na wyższy i wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w ciągu 3 miesięcy od tej zmiany, zrealizujemy Świadczenia Medyczne zgodnie z zakresem Wariantu Ubezpieczenia, który obowiązywał przed zmianą. Ograniczenie to nie dotyczy Świadczeń Medycznych, spowodowanych Niebezpiecznym Wypadkiem, który zaszedł po złożeniu wniosku o zmianę Wariantu Ubezpieczenia.

ART. 9 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy Świadczeń Medycznych w przypadku ograniczeń lub wyłączeń odpowiedzialności, które są wskazane w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy Świadczeń Medycznych, które są skutkiem:
 - a) stosowania metod nieznanymi naukowo lub medycyny niekonwencjonalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce lub na terenie Unii Europejskiej lub ich następstw lub udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem lub ich następstw,
 - b) transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepienia protez, implantów lub urządzeń zastępujących funkcjonalnie lub anatomicznie narządy zmysłów,
 - c) Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego lub udziału Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
 - d) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego, działania czynników biologicznych lub chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - e) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - f) umyślnego spowodowania pogorszenia stanu zdrowia, między innymi w wyniku samodzielnego diagnozowania lub leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza,
 - g) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków w tym również ich następstw,
 - h) Chorób Psychicznych, chorób ośrodkowych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) lub ich następstw.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy Świadczeń Medycznych, w przypadku:
 - a) zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w Załączniku,

- b) usuwania guzków lub zmian skórnych lub podskórnych o średnicy mniejszej niż 2 cm,
 - c) przeprowadzania zabiegów dotyczących leczenia poronień,
 - d) Wad Wrodzonych, Chorób Rzadkich lub ich następstw,
 - e) zabiegów lub operacji z zakresu kosmetyki, medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej, również ze wskazań medycznych lub będących skutkiem Niebezpiecznego Wypadku, w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, a także diagnozowania lub leczenia ich niepożądanych następstw; ograniczenie to nie dotyczy plastycznej rekonstrukcji piersi wskazanej w Załączniku,
 - f) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków, niezwiązanych z przeprowadzonym Świadczeniem Medycznym w Szpitalu lub Przychodni wskazanym przez LMG lub Koordynatora Opieki Szpitalnej, poza wystawionymi przez Lekarza,
 - g) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby lub schorzeń będących następstwem tych zakażeń; ograniczenie to nie dotyczy wirusowego zapalenia wątroby typu A.
4. Jeśli Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić realizacji Świadczenia Medycznego.
 5. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badania, za wystawienie orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków lub ich brak, co do których decyzje podejmuje Lekarz.
 6. Za błędy medyczne popełnione w związku z realizacją Świadczenia Medycznego odpowiada podmiot leczniczy, który wykonał to Świadczenie Medyczne.
 7. Za błędy, które wynikają z nienależytej prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego odpowiada podmiot leczniczy, który sporządził wyżej wymienioną dokumentację medyczną.
 8. Nie odpowiadamy za opóźnienie, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie Świadczeń Medycznych, które są objęte ubezpieczeniem, jeśli nastąpiło to w wyniku:
 - a) przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego, w tym przeciwskazań medycznych dotyczących Ubezpieczonego lub rezygnacji Ubezpieczonego ze Świadczenia Medycznego,
 - b) stanów klęski żywiołowej, pandemii i epidemii,
 - c) ograniczeń w możliwości realizacji Świadczeń Medycznych, które zostały wprowadzone przez władze państwowe,
 - d) działania Siły Wyższej.
- W takim przypadku nie przysługuje rekompensata, w tym również wartość pieniężna.

ART. 10 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ, KTÓRA DOTYCZY REALIZACJI ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO

1. W zakresie reklamacji, w tym skarg i zażaleń, które dotyczą oferowania, zawierania lub obsługi Umowy Dodatkowej, oraz treści i zakresu zawartej Umowy Dodatkowej mają zastosowanie zapisy OWU.
2. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia dotyczące realizacji Świadczeń Medycznych (za wyjątkiem skarg medycznych) mogą być zgłaszane do LMG:
 - a) w postaci elektronicznej na adres mailowy: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl;
 - b) w formie pisemnej:
 - i. poprzez przesłanie na adres siedziby: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa, albo na adres do doręczeń elektronicznych LMG, wpisany do bazy adresów elektronicznych;
 - ii. poprzez osobiste dostarczenie pisemnej reklamacji do siedziby LMG;
 - c) w formie ustnej do spisywanego protokołu:
 - i. poprzez zgłoszenie telefoniczne pod numer tel.: 22 501 81 60
 - ii. poprzez osobistą wizytę w siedzibie LMG.
3. Reklamacja dotycząca realizacji Świadczeń Medycznych powinna być skierowana do LMG i zawierać zwięzły opis nieprawidłowości, który pozwoli na zidentyfikowanie zdarzenia, którego reklamacja dotyczy i ustalenie wszystkich istotnych okoliczności.
4. LMG odpowie w formie pisemnej albo na wniosek osoby składającej reklamację - pocztą elektroniczną, maksymalnie w ciągu 30 dni od daty otrzymania reklamacji.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym w ust. 4, LMG może potrzebować więcej czasu na rozpatrzenie reklamacji. W takiej sytuacji przed upływem terminu na odpowiedź na reklamację:
 - a) wyjaśni przyczynę opóźnienia;

- b) wskaże okoliczności, które muszą zostać dodatkowo ustalone do rozpatrzenia sprawy;
 - c) określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania reklamacji.
6. Skargi medyczne należy składać do podmiotów leczniczych. Przez skargę medyczną rozumiemy skargę, która dotyczy medycznych aspektów wykonania Świadczeń Medycznych realizowanych przez podmioty lecznicze, w szczególności zarzutu błędu medycznego, w tym: błędnej diagnozy, błędnych wyników badań lub zaleceń,

zaniechania działania medycznego, nieprzestrzegania procedur medycznych lub negatywnych skutków dla Ubezpieczonego, które wynikają z uchybień, wykonania, zaniechania lub opóźnień w realizacji usług medycznych z przyczyn leżących po stronie podmiotu leczniczego i które doprowadziły do negatywnych skutków medycznych.

OWU Umowy Dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr/2025 i weszły w życie 2025 r.

ZAŁĄCZNIK „ZASADY ORGANIZACJI I ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH”

Świadczenie Medyczne	Zasady organizacji i zakres Świadczenia Medycznego
Koordynacja Opieki Szpitalnej	- Koordynacja Opieki Szpitalnej obejmuje: - koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją: - przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej, która planuje poród, - umówienie pobytu w Szpitalu zgodnie z wyborem Ubezpieczonego, - umówienie na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji, - monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji, - przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu, - koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem, - przekazanie Ubezpieczonemu informacji dotyczących pobytu w Szpitalu. - koordynację w trakcie Hospitalizacji: - przekazania wszystkich dokumentów niezbędnych do realizacji Świadczenia Medycznego, - bieżący kontakt ze Szpitalem, - przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji Świadczenia Medycznego osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym, - umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Hospitalizacji, - organizację kołowego transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez LMG wskazań medycznych: - międzyszpitalny - w przypadku, gdy LMG zleci transport medyczny do innej jednostki w ramach kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia, a także do innego najbliższego Szpitala, w którym leczenie może być kontynuowane w sytuacji, gdy dalsza diagnostyka i leczenie wykracza poza zakres ubezpieczenia, - ze szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego. - koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza: - umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji, - organizację kołowego transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez LMG wskazań medycznych: - z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala, - ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego. - skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dotyczącej zrealizowanego Świadczenia Medycznego. - koordynację szpitalnego przeglądu zdrowia: - przedstawienie propozycji Szpitala realizującego szpitalny przegląd zdrowia, - umówienie szpitalnego przeglądu zdrowia, - przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie Świadczenia Medycznego, wymaganych dokumentach oraz potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu, - monitorowanie realizacji szpitalnego przeglądu zdrowia, - koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem, - przekazanie Ubezpieczonemu informacji dotyczących realizacji szpitalnego przeglądu zdrowia, o ile Świadczenie Medyczne jest objęte ubezpieczeniem w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego Wariantu Ubezpieczenia.
Opieka medyczna przed Hospitalizacją	- Opieka medyczna przed Hospitalizacją obejmuje świadczenia diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. - Zakres wszystkich badań oraz konsultacji niezbędnych do przygotowania do Hospitalizacji zostanie określony przez LMG w trakcie przygotowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, po uzyskaniu decyzji o realizacji Świadczenia Medycznego. - Opieka medyczna przed Hospitalizacją, jest niezbędna do: - określenia konieczności Hospitalizacji, jej typu, metody i zakresu zabiegu, - zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, - określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu, - opracowania planu leczenia. - Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie obejmuje: - postawienie diagnozy, - monitorowanie leczenia, - poradnictwa ogólnomedycznego, - wydania drugiej opinii medycznej, - przewodzenia ciąży.
Planowe Leczenie Niezabiegowe	Ubezpieczenie obejmuje przeprowadzenie diagnostyki i planowego leczenia w oddziałach: chorób wewnętrznych, gastroenterologii, kardiologii Szpitala, z wyłączeniem: - programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych, - Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych, - diagnostyki i leczenia następstw udarów mózgu, - przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.

Planowe Leczenie Operacyjne	Chirurgia ogólna	Ubezpieczenie obejmuje planowe zabiegi lub operacje z zakresu chirurgii ogólnej, z wyłączeniem: a) chirurgicznego leczenia otyłości, b) zabiegów lub operacji chirurgicznych klatki piersiowej (tj. torakochirurgicznych); c) usuwania zmian skórnych lub podskórnych o średnicy mniejszej niż 2 cm : znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych.
	Chirurgia naczyniowa	Ubezpieczenie obejmuje planowe zabiegi lub operacje na żyłach lub tętnicach obwodowych, z wyłączeniem zabiegów i operacji: a) wykonywanych w krążeniu pozaustrojowym, b) tętniaków i malformacji naczyniowych, c) embolizacji zmian patologicznych, d) na naczyniach wewnątrzczaszkowych.
	Laryngologia	Ubezpieczenie obejmuje planowe zabiegi lub operacje laryngologiczne, z wyłączeniem: a) wszczepienia implantów narządu słuchu i innych zastępujących funkcje zmysłów, b) zabiegów lub operacji wymagających asysty neurochirurgicznej, c) leczenia następstw urazów twarzowo-czaszkowych, w szczególności zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki.
	Okulistyka	Ubezpieczenie obejmuje planowe zabiegi lub operacje okulistyczne, z wyłączeniem: a) korekty chirurgicznej wad wzroku (np. laserowa korekta wad wzroku lub wszczepienie soczewek falijskich), za wyjątkiem wszczepienia soczewek korygujących podczas jednoczasowej operacji zaćmy, b) zabiegów lub operacji przeszczepu rogówki, c) zabiegów lub operacji stożka rogówki, d) zabiegów lub operacji protezowania zmysłu wzroku, e) usuwania zmian skórnych lub podskórnych: znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków oraz kępek żółtych.
	Ginekologia	Ubezpieczenie obejmuje planowe zabiegi lub operacje z zakresu ginekologii, z wyłączeniem: a) diagnostyki i leczenia zaburzeń płodności kobiecej oraz wspomaganego rozrodu, b) usuwania zmian skórnych lub podskórnych: znamion barwnikowych, brodawek skórnych, włókniaków, tłuszczaków, kaszaków.
	Urologia	Ubezpieczenie obejmuje planowe zabiegi lub operacje z zakresu urologii, w tym chirurgię robotyczną gruczołu krokowego, z wyłączeniem: a) zabiegów lub operacji pobrania lub wszczepienia nerki, b) przewlekłego leczenia nerkozastępczego realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy Dodatkowej; c) zabiegów lub operacji urologicznych powiązanych z korektą wielkości lub kształtu narządów płciowych, d) leczenia zaburzeń erekcji, e) implantacji sztucznych zwieraczy dróg moczowych, f) leczenia zaburzeń płodności męskiej, g) wazektomii, h) rewazektomii.
	Kardiologia inwazyjna	Ubezpieczenie obejmuje planowe zabiegi lub operacje z zakresu kardiologii inwazyjnej, w tym także pobyty w warunkach oddziałów prowadzących intensywną terapię, o ile są niezbędne w okresie pozabiegowym, z wyłączeniem: a) leczenia ostrych zespołów wieńcowych, według aktualnych kryteriów rozpoznania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, b) zabiegów lub operacji kardiochirurgicznych, c) zabiegów lub operacji dotyczących zastawki serca, implantacji, reimplantacji, kardiostymulatorów, kardioverterów-defibrylatorów (ICD) i urządzeń o analogicznej lub zbliżonej funkcji.
	Chirurgia onkologiczna	Ubezpieczenie obejmuje planowe: a) leczenie chirurgiczne nowotworów, z wyłączeniem: i. rozległych zabiegów lub operacji nowotworów głowy lub szyi, w tym krtani, ii. terapii systemowych, w tym: chemioterapii, immunoterapii, CAR-T oraz radioterapii onkologicznej, jako leczenia izolowanego lub jako elementu leczenia skojarzonego, iii. leczenia nowotworów mózgowia, iv. leczenia nowotworów hematologicznych, v. leczenia nowotworów klatki piersiowej, w tym nowotworów płuc. W przypadku usunięcia części lub całości gruczołu piersiowego ubezpieczenie obejmuje plastyczną rekonstrukcję piersi, chyba, że istnieją przeciwwskazania medyczne do wykonania takiego zabiegu. b) zabiegi profilaktyczne ze wskazań onkologicznych obejmujące usunięcie jajników lub jajowodów oraz usunięcie części lub całości gruczołu piersiowego z plastyczną rekonstrukcją piersi, c) zaawansowane metody leczenia nowotworów prostaty, w tym chirurgię robotyczną nowotworów prostaty.
	Ortopedia (tylko w Wariancie Ubezpieczenia Optymalnym i Premium)	Ubezpieczenie obejmuje planowe zabiegi lub operacje ortopedyczne, w tym wszczepianie endoprotez i ortopedycznych materiałów zespalających, z wyłączeniem: a) wydłużania kończyn, b) zabiegów lub operacji implantacji po amputacji kończyn, c) zabiegów lub operacji kręgosłupa.
	Neurochirurgia kręgosłupa (tylko w Wariancie Ubezpieczenia Premium)	Ubezpieczenie obejmuje planowe zabiegi lub operacje neurochirurgiczne kręzków międzykręgowych kręgosłupa, z wyłączeniem: a) zabiegów lub operacji dotyczących złamań kręgosłupa, b) leczenia wtórnych i pierwotnych skolioz kręgosłupa, c) zabiegów operacyjnych dotyczących trzech i więcej kręzków międzykręgowych, d) zabiegów lub operacji dotyczących mózgowia i czaszki, e) zabiegów lub operacji na rdzeniu kręgowym i korzeniach nerwowych.

Rehabilitacja po Planowym Leczeniu Operacyjnym	1. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w związku ze zrealizowanym Świadczeniem Medycznym, a jej szczegółowy zakres jest potwierdzany przez Lekarza przed końcem Hospitalizacji. 2. Ubezpieczenie obejmuje niezbędne według zaleceń Lekarza: a) zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii po zabiegach ortopedycznych, przez okres do 12 tygodni od daty wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala, b) zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii po zabiegach neurochirurgicznych przez okres do 12 tygodni od daty wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala, c) zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych (np. mastektomii) do 12 tygodni od daty wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala, d) badania obrazowe do monitorowania przebiegu i postępu rehabilitacji (np. RTG) w okresie trwania rehabilitacji, z wyłączeniem: e) zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa Planowego Leczenia Operacyjnego zrealizowanego w ramach ubezpieczenia, f) terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. falę ultradźwiękową), g) rehabilitacji zleconej przez inny podmiot leczniczy niż wskazany przez LMG. Ubezpieczenie obejmuje także jedną wizytę podsumowującą rehabilitację.
Opieka medyczna po Hospitalizacji	1. Opiekę medyczną po Hospitalizacji zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia Medycznego przeprowadzonego w ramach Umowy Dodatkowej. 2. Ubezpieczenie obejmuje 8 wizyt kontrolnych we wskazanym przez LMG podmiocie leczniczym. Wizyty te: a) służą monitorowaniu efektów przeprowadzonego Świadczenia Medycznego i procesu powrotu do zdrowia, b) są realizowane w okresie do 60 dni od wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala. 3. Zapewniamy opiekę medyczną po Hospitalizacji także w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego, w związku ze zrealizowanym Świadczeniem Medycznym. W takim przypadku zakres tej opieki dostosowany jest do sytuacji i zapotrzebowania medycznego oraz ma na celu poprawę stanu zdrowia Ubezpieczonego. Wyjątek stanowią sytuacje, które Zakres tego Świadczenia Medycznego określa Lekarz wskazany przez LMG.
Konsultacje psychologiczne po nowotworze złośliwym	1. Ubezpieczony ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, który korzysta ze Świadczeń Medycznych w obszarze Chirurgii Onkologicznej, może również skorzystać z konsultacji psychologicznych. 2. Konsultacje mogą zostać przeprowadzone w trybie stacjonarnym we wskazanej przez LMG Przychodni albo zdalnie, w zależności od wskazań medycznych. Ubezpieczenie obejmuje do 5 konsultacji w ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia nowotworu złośliwego, tj. od dnia wykonania badania histopatologicznego, którego wynik potwierdza wystąpienie tej Choroby.
Położnictwo i Neonatologia (tylko w Wariancie Ubezpieczenia Premium)	Ubezpieczenie obejmuje: a) szkodę rodzenia, b) przyjęcie porodu drogami natury lub poprzez cięcie cesarskie, c) indywidualną opiekę położniczą podczas porodu, d) opiekę neonatologiczną nad noworodkiem, z wyłączeniem: e) prowadzenia Ciąży Wysokiego Ryzyka, f) Hospitalizacji, które wynikają z patologicznego przebiegu ciąży, w związku ze stanem zdrowia u matki lub płodu, jeżeli ciąża wymaga opieki albo rozwiązania w specjalistycznej klinice, czyli w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej, g) porodów, w przypadku których względy bezpieczeństwa medycznego, w szczególności w sytuacji nagłej akcji porodowej powodują konieczność skorzystania z usług Szpitala innego niż wymienione na liście podmiotów leczniczych, która znajduje się na www.allianz.pl, h) wykonywania testów genetycznych płodu, amniopunkcji i kordocentezy, i) opieki neonatologicznej nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii w warunkach ośrodka III poziomu opieki perinatalnej.
Szpitalny przegląd zdrowia (tylko w Wariancie Ubezpieczenia Premium)	1. Szpitalny przegląd zdrowia jest przeprowadzany we wskazanym przez LMG Szpitalu, w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym i planowo trwa jeden dzień. Wydłużenie czasu realizacji szpitalnego przeglądu zdrowia powyżej jednego dnia może mieć miejsce w przypadkach uzasadnionych medycznie, jak np. konieczność powtórzenia badania w warunkach szpitalnych. 2. W zależności od wytycznych wydanych przez władze państwowe lub wytycznych wewnętrznych Szpitala związanych z sytuacją epidemiczną, wykonanie szpitalnego przeglądu zdrowia może być uwarunkowane uzyskaniem przez Ubezpieczonego negatywnego wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (wirus wywołujący COVID-19) ważnego w dniu realizacji tego przeglądu. Test sfinansujemy i udostępnimy przed planowanym przeglądem. 3. Szczegółowy zakres świadczeń, zależy od płci i wieku Ubezpieczonego:
Szpitalny przegląd zdrowia dla kobiety w wieku poniżej 40 lat	
• Pomiar ciśnienia • Badanie EKG – spoczynkowe • Pomiar wzrostu i wagi • RTG klatki piersiowej • Mocz – badanie ogólne • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Cytologia szyjki macicy • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Ferrytyna • Konsultacja internisty i ginekologa	
Raport stanu zdrowia i zalecenia	
Szpitalny przegląd zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej	
• Pomiar ciśnienia • Badanie EKG – spoczynkowe • Pomiar wzrostu i wagi • RTG klatki piersiowej • Mocz – badanie ogólne • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • Mammografia • Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, FSH, Testosteron, Ferrytyna • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa	

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny przegląd zdrowia dla mężczyzny w wieku poniżej 40 lat

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Pomiar ciśnienia• Pomiar wzrostu i wagi• Mocz – badanie ogólne• Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny• Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron | <ul style="list-style-type: none">• PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA)• Badanie EKG – spoczynkowe• RTG klatki piersiowej• USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty• Konsultacja internisty i urologa |
|---|--|
-

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny przegląd zdrowia dla mężczyzny w wieku 40 lat i więcej

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Pomiar ciśnienia• Pomiar wzrostu i wagi• Mocz – badanie ogólne• Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny• Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron | <ul style="list-style-type: none">• PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA)• Badanie EKG – spoczynkowe• RTG klatki piersiowej• USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty• Konsultacja internisty, urologa i kardiologa |
|--|--|
-

Raport stanu zdrowia i zalecenia

4. Możemy odstąpić od wykonania lub ograniczyć zakres szpitalnego przeglądu zdrowia, w przypadku przeciwwskazań medycznych do wykonania określonych badań.
 5. W przypadku wskazań medycznych, na zalecenie Lekarza uczestniczącego w szpitalnym przeglądzie zdrowia, przegląd może zostać rozszerzony o dodatkowe badania, których łączny koszt nie przekroczy kwoty 1000 zł brutto. Badania te zostaną zrealizowane w ramach ubezpieczenia. W przypadku badań, których łączny koszt przekracza 1000 zł Ubezpieczony może je wykonać, o ile wyrazi zgodę na pokrycie kwoty, która przekracza wskazany limit.
-

Dokument został zatwierdzony uchwałą Zarządu TU Allianz Życie S.A. nr 171/2025 i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 20 września 2025 r.