PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU PROSTY PLAN (PI/PP/6/2026)

Dokument, który czytasz, jest materiałem informacyjnym. Opisujemy w nim najważniejsze cechy i zasady działania ubezpieczenia Prosty Plan. Znajdziesz tu między innymi informacje o tym, kto może być objęty naszą ochroną i jak długo trwa ubezpieczenie, co obejmuje ubezpieczenie, komu i ile pieniędzy wypłacamy oraz jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej.

Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Prosty Plan (OWU/PP/4/2026) oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia umów dodatkowych. Dokumenty te umieściliśmy na stronie www.allianz.pl. Zachęcamy Cię do zapoznania się z nimi.
Pojęcia, które piszemy wielką literą, mają takie znaczenie, jakie nadajemy im w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Prosty Plan oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia umów dodatkowych.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie

Prosty Plan jest dobrowolnym, indywidualnym ubezpieczeniem na życie.

Kto zawiera umowę

Umowę zawierają: Ubezpieczający (Ty) oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (my).

Kto może być objęty ochroną i jak długo trwa ubezpieczenie

Ty jesteś Ubezpieczającym i jednocześnie Ubezpieczonym, czyli osobą, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie. Możesz być Ubezpieczonym, jeśli jesteś osobą pełnoletnią i nie ukończyłeś 61 lat. Umowę Główną zawierasz z nami na czas określony, nie dłużej jednak niż do Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada po Twoich 70. urodzinach.

Co obejmuje ubezpieczenie

W Umowie Głównej ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego. Podstawowym celem ubezpieczenia jest wypłata pieniędzy, gdy Ubezpieczony umrze. Ubezpieczony może wybrać:

- sumę ubezpieczenia na życie: stałą albo malejącą, która obniża się od 5 roku umowy (w sposób opisany w ogólnych warunkach ubezpieczenia, jednak nie mniej niż do 25% sumy początkowej i nie mniej niż minimalna suma ubezpieczenia określona w tych warunkach ogólnych),
- zakres i sumy ubezpieczenia, które odpowiadają jego potrzebom.

Ubezpieczenie można rozszerzyć o dodatkową ochronę – zdrowotną i wypadkową.

- Wsparcie w razie problemów ze zdrowiem:
  Prosty Plan umożliwia kompleksowe zabezpieczenie finansowe w razie poważnych problemów ze zdrowiem. Można wybrać jedną z trzech wersji umowy dodatkowej poważne zachorowania. Dodatkowo dzięki umowie „Wypłata+" Ubezpieczony może otrzymywać świadczenie za maksymalnie 24 miesiące długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy w związku z chorobą lub wypadkiem. Dzięki assistance onkologicznemu Ubezpieczony może uzyskać praktyczną pomoc w razie podejrzenia nowotworu, w tym: dostęp do konsultacji lekarskich i badań specjalistycznych, np. biopsji i tomografii komputerowej.
- Wsparcie finansowe po nieszczęśliwym wypadku:
  W Prostym Planie dostępne są również umowy dodatkowe, które zapewniają pomoc finansową w razie wypadku np. wypłatę w razie pobytu w szpitalu, uszczerbku na zdrowiu lub równowartość poniesionych kosztów leczenia. Dzięki assistance wypadkowemu Ubezpieczony ma dostęp do konsultacji i badań lekarskich, a także może skorzystać z organizacji i pokrycia kosztów zabiegu czy rehabilitacji.

Ile kosztuje ochrona i jak opłacać składki

Składka za ubezpieczenie zależy od wieku Ubezpieczonego, rodzaju oraz wysokości sum ubezpieczenia oraz wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Składkę przeznaczamy na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej oraz kosztów naszej działalności ubezpieczeniowej.
Składkę wpłacasz co miesiąc na nasz rachunek bankowy. Minimalna składka za ubezpieczenie to 50 zł miesięcznie.
Jeśli spóźnisz się z płatnością o więcej niż 60 dni – poinformujemy Cię, że nie otrzymaliśmy Twojej Składki i z czym się wiąże jej dalsze nieopłacanie. Wyznaczymy Ci też przynajmniej 7 dni na wpłatę. Jeśli w tym czasie nie wpłacisz Składki, to Umowa rozwiąże się następnego dnia po upływie tego okresu.

Jakie zmiany można wprowadzić w umowie

Jeśli w czasie trwania Umowy zmienią się Twoje potrzeby to możesz wnioskować o:

- obniżenie Sumy Ubezpieczenia Umowy Głównej lub sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, gdy miną co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy i zapłaciłeś wszystkie Składki za ten okres,
- zawarcie wybranych Umów Dodatkowych.

Możesz także zrezygnować z wybranych przez Ciebie Umów Dodatkowych.

W Rocznicę Ubezpieczenia możesz skorzystać z indeksacji Stałej Sumy Ubezpieczenia i innych świadczeń, jeżeli przewiduje to wybrana Umowa Dodatkowa. Indeksacja zapobiega istotnej utracie ich realnych wartości w długim okresie. Indeksacja powoduje wzrost Składki. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne Lata Polisowe, to nie przygotujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji.
Szczegółowe informacje na temat zmian w Umowie zawierają ogólne warunki ubezpieczenia.

Komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia wskazanym przez niego osobom, czyli Uposażonym. Ubezpieczony może w dowolnym momencie ich zmienić.

Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, to pieniądze z tytułu jego śmierci wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

ZYPP-KP06 10/26

Jakie są istotne ograniczenia naszej odpowiedzialności

Nie wszystkie sytuacje są objęte ubezpieczeniem. Pełną listę okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Głównej, wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Zwróć uwagę, że nie wypłacamy pieniędzy między innymi wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego następuje w wyniku:

- samobójstwa w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- Aktu Terroryzmu – jeśli Ubezpieczony uczestniczył w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywał czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego.

Jak rozwiązać umowę ubezpieczenia

Możesz odstąpić od Umowy Głównej lub Umowy Dodatkowej w ciągu 30 dni od jej zawarcia. Jeśli nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia najpóźniej w dniu zawarcia Umowy Głównej lub Umowy Dodatkowej, to możesz odstąpić od danej umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym się dowiesz o tym prawie. Jeśli skorzystasz z prawa do odstąpienia, zwrócimy Ci wpłaconą Składkę.

W dowolnym momencie w czasie trwania Umowy możesz ją wypowiedzieć. Umowa ulega rozwiązaniu także wtedy, gdy:

- masz opóźnienie w opłacaniu Składek i nie wpłacasz Składki w terminie, który wskazujemy w dodatkowym piśmie,
- minie okres, na który została zawarta,
- gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoją rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej,
- w chwili śmierci Ubezpieczonego.

Jak można złożyć reklamację, skargę, zażalenie

Reklamację, skargę lub zażalenie dotyczące produktu, sposobu jego oferowania lub dystrybutora można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:

a) na piśmie:
   - w postaci papierowej – osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe, albo nadając w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
   - w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl albo wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-73604-64978-TAJBC-22;

b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie.

Informacje o postępowaniu reklamacyjnym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.

Jak się z nami skontaktować

Pytania, które dotyczą Umowy, możesz zadać naszemu konsultantowi pod numerem: 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą Twojego operatora). Pozostałe dane kontaktowe zamieszczamy na naszej stronie: www.allianz.pl.

Jakie Umowy Dodatkowe możesz wybrać, aby rozszerzyć zakres ochrony

W tej części znajdziesz informacje o Umowach Dodatkowych, dzięki którym możesz zgodnie z potrzebami rozszerzyć dla siebie zakres ochrony w ubezpieczeniu.
W opisach tych umów osobę, którą obejmujemy ochroną, nazywamy Ubezpieczonym.
Znajdziesz tu między innymi informacje o tym, kto może być objęty ochroną w Umowie Dodatkowej, co obejmuje ubezpieczenie i jak długo trwa, komu i ile pieniędzy wypłacamy oraz jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej.
W zależności od Umowy Dodatkowej możesz zawrzeć jednocześnie z Umową Główną albo później – w czasie trwania tej umowy.

Jak długo trwa Umowa Dodatkowa

Umowę Dodatkową zawieramy z Tobą na rok – z możliwością kontynuacji na kolejne roczne okresy. Szczegółowe informacje, czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres, znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia Prosty Plan oraz w ogólnych warunkach umów dodatkowych.

Ochrona, którą obejmujemy Ubezpieczonego, kończy się:

- gdy upłynie okres, na który została zawarta Umowa Dodatkowa,
- w chwili śmierci Ubezpieczonego,
- gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
- gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.

Ogólne warunki umowy dodatkowej mogą przewidywać także inne sytuacje, w których kończy się ochrona, jak np. wypłata maksymalnego świadczenia, jakie przewiduje ta umowa.

Jak opłacać składki za Umowy Dodatkowe

Składki za Umowy Dodatkowe są opłacane łącznie ze składką za Umowę Główną.

Zabezpieczenie bliskich

Umowa dodatkowa w razie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, któremu ulega Ubezpieczony. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która nastąpiła w ciągu 180 dni od tego wypadku.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
W razie Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi śmierci, która nie była spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem ani śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku po upływie 180 dni od tego wypadku.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, jeśli Nieszczęśliwy Wypadek, wskutek którego następuje śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce między innymi:
- w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

Umowa dodatkowa w razie śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, któremu ulega Ubezpieczony. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, która nastąpiła w ciągu 180 dni od tego wypadku.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
W razie Śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego wypłacamy 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi śmierci, która nie była spowodowana Wypadkiem Komunikacyjnym ani śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego po upływie 180 dni od tego wypadku.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, jeśli Wypadek Komunikacyjny, wskutek którego następuje śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce między innymi:
- w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub udziałem w następujących zajęciach: kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, żeglarstwo morskie lub oceaniczne.

Wsparcie w razie problemów ze zdrowiem

Umowa dodatkowa w razie poważnego zachorowania

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje Poważne Zachorowania w jednej z trzech Wersji Ubezpieczenia, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia:
- **Wersja 1: nowotwory**, np. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości.
- **Wersja 2: nowotwory i choroby układu krążenia**, np. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości oraz operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej, operacja zastawek serca, pierwotne nadciśnienie płucne powodujące niewydolność serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA, pierwsza ablacja zaburzeń rytmu serca, świeży zawał serca, udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne (lub bez trwałych Ubytków Neurologicznych).
- **Wersja 3: nowotwory, choroby układu krążenia i choroby neurologiczne**, np. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości oraz operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej, operacja zastawek serca, pierwotne nadciśnienie płucne powodujące niewydolność serca ocenioną jako III albo IV klasa wg NYHA, pierwsza ablacja zaburzeń rytmu serca, świeży zawał serca, udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne (lub bez trwałych Ubytków Neurologicznych) oraz bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne (lub bez trwałych Ubytków Neurologicznych), sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu, stwardnienie rozsiane, wczesne stadium choroby Parkinsona wymagające stałej farmakoterapii, wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne (lub bez trwałych Ubytków Neurologicznych).

Poważne Zachorowania, które są objęte ubezpieczeniem wskazujemy w Tabelach Wersji Ubezpieczenia. W Wersji 2 i Wersji 3 Poważne Zachorowania dzielimy na grupy. W tabeli wskazujemy również:
- % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej za każde Poważne Zachorowanie,
- Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań,
- Limit Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia.

Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.
Jeśli wybrałeś Wersję 2 albo Wersję 3, to nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Poważnych Zachorowań z pozostałych grup, pod warunkiem, że pozostaje do wykorzystania Limit Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia.
Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
W określonych przypadkach Ubezpieczony może otrzymać świadczenie za więcej niż jedno Poważne Zachorowanie. Wypłata świadczenia za każde Poważne Zachorowanie wpływa na zakres udzielanej przez nas dalszej ochrony ubezpieczeniowej i czas trwania Umowy Dodatkowej.
Jeśli wystąpi Poważne Zachorowanie, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, zgodnie z tabelą Wersje Ubezpieczenia oraz z uwzględnieniem Limitu Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia.

Wypłacamy Świadczenie Dodatkowe, gdy podejmujemy decyzję o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego za nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania. Świadczenie Dodatkowe nie wlicza się do Limitu Wypłat dla Wersji Ubezpieczenia.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi Poważnego Zachorowania, które występuje w ciągu pierwszych 90 dni ochrony z tytułu pierwszej Umowy Dodatkowej i nie jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
Za każde Poważne Zachorowanie świadczenie wypłacamy tylko raz w ramach pierwszej i kolejnych Umów Dodatkowych. Ograniczenie to nie dotyczy nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości o innym umiejscowieniu niż nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
Jeśli na skutek jednego Poważnego Zachorowania występuje inne Poważne Zachorowanie, które zgodnie z dokumentacją medyczną jest jego bezpośrednim następstwem, to wypłacamy świadczenie tylko za to Poważne Zachorowanie, które wystąpiło jako pierwsze. Ograniczenie to nie dotyczy progresji nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, do nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania.
Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczony umiera w wyniku Poważnego Zachorowania w ciągu:
a) 30 dni od jego wystąpienia – w przypadku: sepsy (posocznicy) leczonej w Szpitalu, niedokrwistości aplastycznej (aplazji szpiku), nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, operacji mózgu wykonanej z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, śpiączki niefarmakologicznej powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych,
b) 14 dni od jego wystąpienia – w przypadku: infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW), u osoby która nie przebyła operacji zastawek serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW, łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, łagodnego guza kanału kręgowego leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, operacji aorty drogą laparotomii lub torakotomii, operacji tętnicy płucnej przy użyciu technik śródnaczyniowych, operacji tętnicy płucnej wykonanej z otwarciem klatki piersiowej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), pierwszej ablacji zaburzeń rytmu serca, pierwszorazowego wszczepienia układu stymulującego serce, świeżego zawału serca.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, jeśli Poważne Zachorowanie nastąpiło między innymi:
- w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

Umowa dodatkowa „Zagraniczna druga opinia medyczna"

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje:
- organizację oraz pokrycie kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu lub jego Osobie Bliskiej (Współmałżonkowi, Partnerowi lub Dziecku), postawiono diagnozę lub zalecono leczenie operacyjne, które mają związek z którymkolwiek stanem chorobowym lub uszkodzeniem ciała wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia (np. nowotworem złośliwym, udarem mózgu, łagodnym nowotworem mózgu, przeszczepem narządu, zawałem serca),
- dostęp do Portalu ExpertMedicalOpinion, dzięki któremu Ubezpieczony lub jego Osoba Bliska wypełniają i składają on-line wniosek o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną lub Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego, przeglądają swoją dokumentację medyczną,
- tłumaczenie dokumentacji medycznej, którą przekazuje Ubezpieczony lub jego Osoba Bliska, na język Eksperta, a następnie – tłumaczenie na język polski Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej,
- organizację oraz pokrycie kosztów usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego (Konsultacja) dla Ubezpieczonego lub pełnoletniej Osoby Bliskiej i pomoc w zakresie wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia (np. w zakresie problemów wychowawczych i rozwoju dzieci oraz młodzieży, objawów lękowych, obniżonego nastroju i związanych z nim trudności emocjonalnych, trudnych wydarzeń życiowych i nieklinicznych sytuacji kryzysowych).

Zagraniczna Druga Opinia Medyczna to opinia sporządzona przez Eksperta, na podstawie dostarczonej mu dokumentacji medycznej. Opinia ta zawiera weryfikację wcześniej postawionej diagnozy oraz propozycję optymalnego planu leczenia.
Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego to zdalna konsultacja wspierająca przeprowadzona przez Specjalistę Zdrowia Psychicznego, której celem jest ochrona, utrzymanie lub poprawa dobrostanu psychicznego Ubezpieczonego lub pełnoletniej Osoby Bliskiej.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego, jeżeli stan chorobowy lub uszkodzenie ciała miały miejsce w ciągu pierwszych 90 dni ochrony z tytułu pierwszej Umowy Dodatkowej i nie były następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej między innymi:
- gdy przyczyną zgłoszenia potrzeby uzyskania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej jest: ostry i krótkotrwały stan chorobowy, choroba przewlekła o lekkim przebiegu, Choroba Psychiczna lub problem stomatologiczny,
- w czasie pobytu Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem Zagranicznej Dugiej Opinii Medycznej, do czasu zakończenia pobytu tej osoby w szpitalu,
- w przypadku, gdy stan chorobowy Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
- Nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów kolejnych Konsultacji, jeżeli w ocenie Specjalisty Zdrowia Psychicznego stan osoby korzystającej z Konsultacji wymaga niezwłocznej pomocy psychiatrycznej, leczenia stacjonarnego albo specjalistycznej opieki wykraczającej poza zakres Konsultacji. Za takie sytuacje mogą zostać uznane:
  a) aktywne myśli samobójcze lub zachowania autoagresywne,
  b) stany psychotyczne,
  c) ciężkie zaburzenia depresyjne,

d) zaburzenia pourazowe wymagające specjalistycznego leczenia,
e) uzależnienia,
f) sytuacje przemocy wymagające interwencji odpowiednich służb,
g) konieczność wdrożenia lub modyfikacji farmakoterapii psychiatrycznej,
h) stany wymagające pilnej lub bezpośredniej opieki specjalistycznej.
W takich przypadkach Specjalista Zdrowia Psychicznego może zakończyć realizację Konsultacji albo odmówić jej kontynuowania. Specjalista Zdrowia Psychicznego postępuje zgodnie z obwiązującymi przepisami prawa oraz informuje osobę korzystającą z Konsultacji o właściwej formie pomocy, w tym o potrzebie pilnego kontaktu z lekarzem specjalistą.

- Zagraniczna Druga Opinia Medyczna oraz Konsultacje realizowane w ramach usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego mają charakter wyłącznie konsultacyjny.
- Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest sporządzana na podstawie dokumentacji medycznej przekazanej przez Ubezpieczonego lub Osobę Bliską i nie zastępuje bezpośredniego badania lekarskiego ani zaleceń lekarza prowadzącego.
- Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego nie zastępuje leczenia psychiatrycznego, psychoterapii prowadzonej w trybie ciągłym ani świadczenia ratunkowego lub interwencyjnego.
- Ostateczne decyzje dotyczące diagnostyki, leczenia, farmakoterapii oraz wyboru sposobu postępowania medycznego należą do osoby korzystającej z usługi oraz jej lekarza prowadzącego.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki podjęcia lub zaniechania przez Ubezpieczonego, Osobę Bliską, ich przedstawicieli ustawowych albo inne osoby trzecie działań na podstawie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub w ramach Zdalnego Wsparcia Zdrowia Psychicznego.

Umowa dodatkowa w razie długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy Wypłata+

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje długotrwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej. Ta długotrwała i całkowita niezdolność musi:
a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, które również wystąpiły w czasie tej ochrony,
b) trwać w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy i
c) na podstawie aktualnej wiedzy i oceny medycznej po zakończeniu tego 6 miesięcznego okresu mieć charakter długotrwały i całkowity oraz nie rokować odzyskania Aktywności Zarobkowej przez kolejne 24 miesiące.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Jeśli wystąpi Długotrwała i Całkowita Niezdolność do Pracy, wypłacamy Ubezpieczonemu Świadczenia Ubezpieczeniowe, za okres od pierwszego dnia po upływie pierwszych 6 miesięcy Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, za kolejne 24 miesiące, jednak nie dłużej niż do śmierci Ubezpieczonego. To oznacza, że w razie Twojej Długotrwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy z tytułu tej Umowy Dodatkowej wypłacimy Ubezpieczonemu łącznie kwotę odpowiadającą maksymalnie 24 Świadczeniom Ubezpieczeniowym.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi:

- częściowej niezdolności do pracy,
- niezdolności do pracy krótszej niż 24 miesiące lub takiej, która nie ma charakteru długotrwałego ani całkowitego.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, jeśli Długotrwała i Całkowita Niezdolność do Pracy nastąpiła między innymi:

- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

Umowa dodatkowa „Assistance Onkologiczny"

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
W takim przypadku organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń medycznych takich jak:

- konsultacje z lekarzami 14 specjalności, w tym konsultacje onkologa, chirurga, hematologa,
- diagnostyka laboratoryjna,
- badania specjalistyczne (biopsja, USG, RTG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa),

do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych.
Ubezpieczony może również korzystać z usług infolinii medycznej (bez limitu).
Ubezpieczenie obejmuje także pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku ze zdiagnozowaniem Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, w tym:

- organizację i pokrycie kosztów rehabilitacji oraz wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego,
- dostarczanie posiłków i Leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego,
- pomoc pielęgniarki, pomoc domową, opiekę nad dziećmi, Transport Medyczny,
- zwrot kosztów peruk i protez,

do 5000 zł.
Ubezpieczenie obejmuje także:

- koszty konsultacji w poradni psychoonkologii (maksymalnie 5 konsultacji),
- organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji (maksymalnie 10 konsultacji),
- konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczną dla Ubezpieczonego, w razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa lub biologicznego dziecka Ubezpieczonego (1 konsultacja oraz 1 test).

Ubezpieczonemu należne jest także świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (suma ubezpieczenia assistance) do wykorzystania na świadczenia assistance związane z jego Małżonkiem/Partnerem, Dzieckiem lub rodzeństwem, w tym:

- organizację i pokrycie kosztów konsultacji w poradni psychoonkologii dla Małżonka/Partnera lub Dziecka Ubezpieczonego,
- konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z biologicznym dzieckiem lub rodzeństwem Ubezpieczonego.

W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku operacyjnego usunięcia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, ubezpieczenie obejmuje także organizację i pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do 20 000 zł w odniesieniu do jednego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym.

Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz które są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, na terenie Polski.
Ubezpieczony korzysta ze świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie w ramach limitów wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
- zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne,
- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry – w stopniu zaawansowania, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia,
- nowotworów gruczołu krokowego ani raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy – w stopniu zaawansowania, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia,
- guzów granicznych jajnika – w stadium, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia,
- chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem jeśli Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub wydanie karty DiLO nastąpią między innymi:
- wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
- 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,
- wskutek leczenia eksperymentalnego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
- wskutek działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
- wskutek umyślnego działania Ubezpieczonego,
- wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- wskutek zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
- wskutek Wad Wrodzonych,
- wskutek zakażenia wirusem HIV,
- wskutek użycia materiałów lub substancji biologicznych lub chemicznych (lub ich składników), w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

Nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym rozpoczęto się przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej.

Wsparcie finansowe w razie nieszczęśliwych wypadków

Umowa dodatkowa w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, któremu ulega Ubezpieczony. Ubezpieczenie obejmuje:
- Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego, o ile ten uszczerbek powstaje w ciągu 12 miesięcy od Nieszczęśliwego Wypadku, oraz
- Koszty Rehabilitacji Ubezpieczonego, które są ponoszone w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Jeśli Ubezpieczony dozna Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, to wypłacamy odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z Tabelą Procentowego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Tabela ta zawiera listę Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu objętych ubezpieczeniem wraz z przypisanymi im procentami uszczerbku.
Maksymalna wypłata za skutki tego samego Nieszczęśliwego Wypadku to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
Wypłacamy również kwotę odpowiadającą poniesionym Kosztom Rehabilitacji, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy, to 15% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega dany Ubezpieczony.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi:
- uszczerbków na zdrowiu, które nie są spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem,
- Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu o charakterze nawykowym, zmęczeniowym lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego – który to uszczerbek jest potwierdzony w dokumentacji medycznej – ani Kosztów Rehabilitacji, które są związane z takim uszczerbkiem,
- protez ortopedycznych oraz
- kosztów innych badań, które wykonuje Ubezpieczony w związku z Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub poniósł Koszty Rehabilitacji, miał miejsce między innymi:
- w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

Umowa dodatkowa w razie poniesienia kosztów leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, któremu ulega Ubezpieczony. Ubezpieczenie obejmuje poniesienie kosztów na leczenie u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku – w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku. Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz musi być przeprowadzone na terenie Polski, pod kontrolą lekarza.
Ubezpieczenie obejmuje wypłatę świadczenia w wysokości odpowiadającej następującym Kosztom Leczenia:
- koszty wizyt lekarskich i koszty badań,
- koszty pobytu w szpitalu, koszty zabiegów i operacji, koszty znieczulenia, w tym koszty jego podania,
- koszty przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki Medycznej, w której udzielono mu pomocy medycznej po Nieszczęśliwym Wypadku, w tym koszty wezwania karetki pogotowia,
- koszty nabycia leków, które są dostępne wyłącznie na receptę, oraz koszty nabycia środków opatrunkowych.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Wypłacamy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega dany Ubezpieczony.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi:
- kosztów operacji plastycznych,
- kosztów leczenia, które nie jest związane z usuwaniem skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
- kosztów rehabilitacji,
- kosztów, które zostały poniesione poza granicami Polski lub po upływie 12 miesięcy od Nieszczęśliwego Wypadku.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, gdy Nieszczęśliwy Wypadek w wyniku którego są ponoszone Koszty Leczenia, miał miejsce między innymi:
- w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

Umowa dodatkowa w razie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, któremu ulega Ubezpieczony. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 120 dni Pobytu w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, oraz realizację świadczenia Twoje Leki.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Za Dzień Pobytu w Szpitalu wypłacamy Ubezpieczonemu Dzienne Świadczenie Szpitalne. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż jeden dzień, to wypłacamy odpowiednią wielokrotność Dziennego Świadczenia Szpitalnego.

Jeśli wypłacamy Ubezpieczonemu Dzienne Świadczenie Szpitalne, to ubezpieczenie obejmuje także realizację świadczenia Twoje Leki, w tym pokrycie kosztów:
- Leków na Receptę – do 2000 zł oraz
- innych produktów dostępnych w Aptece – do 200 zł.

Limity te odnoszą się do jednego Pobytu w Szpitalu. Ze świadczenia Twoje Leki Ubezpieczony może skorzystać maksymalnie 3 razy w ramach jednej Umowy Dodatkowej.
Recepta w ramach świadczenia Twoje Leki, musi być wystawiona dla Ubezpieczonego przez osobę uprawnioną do wystawienia recepty (z wyłączeniem lekarza weterynarii oraz farmaceuty), w ciągu 90 dni od wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala oraz zrealizowana w tym okresie. Koszty innych produktów dostępnych w Aptece muszą zostać poniesione również w tym okresie.

W ramach tego świadczenia, za pośrednictwem infolinii medycznej, Ubezpieczony może także korzystać z nielimitowanego dostępu do informacji, które dotyczą m.in. przygotowań do zabiegów lub badań medycznych, diet, metod zdrowego żywienia, działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży, danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, danych teleadresowych aptek.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi:
- wypłaty Dziennego Świadczenia Szpitalnego od 121 dnia Pobytu w Szpitalu,
- wypłaty za pobyt w szpitalu spowodowany inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek,
- realizacji świadczenia Twoje Leki, jeśli recepta na leki została wystawiona po upływie 90 dni od wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala albo została zrealizowana po tym 90-dniowym okresie, ani realizacji świadczenia Twoje Leki, jeśli inne produkty dostępne w Aptece zostały wykupione po tym 90-dniowym okresie.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, ani nie realizujemy świadczenia Twoje Leki, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który jest przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce między innymi:
- w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

Nie realizujemy świadczenia Twoje Leki także wtedy, gdy Ubezpieczony został objęty kwarantanną, środkami zapobiegawczymi, szczególnym nadzorem lub zaleceniami wydanymi przez międzynarodowe bądź lokale organy zdrowia publicznego w kraju pobytu Ubezpieczonego, z powodu narażenia Ubezpieczonego (w tym trwałych skutków tego narażenia) na kontakt z: zakaźnymi czynnikami biologicznymi, czynnikami chemicznymi, czynnikami obezwładniającymi, czynnikami radioaktywnymi, czynnikami neurotoksycznymi.

Umowa dodatkowa „Assistance Wypadkowy”

Co obejmuje ubezpieczenie

Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
Jeśli Ubezpieczony ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi w czasie ochrony ubezpieczeniowej, to ubezpieczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, takich jak:

- wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry w Placówce Medycznej lub miejscu pobytu Ubezpieczonego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) wraz z kosztami dojazdu oraz kosztami jego honorarium, o ile nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej,
- konsultacje z lekarzami 12 specjalności, w tym konsultacje chirurga, ortopedy, neurochirurga – ze skierowaniem od Lekarza Prowadzącego,
- zabiegi ambulatoryjne,
- diagnostyka laboratoryjna,
- badania specjalistyczne (USG, RTG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa),

do wykorzystania w ramach maksymalnie 10 świadczeń medycznych.
Ubezpieczony może również korzystać z usług infolinii medycznej (bez limitu).

Ubezpieczenie obejmuje także organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance i telemedycyny, w tym:

- organizacja i pokrycie kosztów Zabiegu Operacyjnego do 20 000 zł,
- organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego (maksymalnie 30 zabiegów),
- Transporty Medyczne (do 20 Transportów Medycznych),
- pomoc psychologa (maksymalnie 3 wizyty lub zdalne konsultacje),
- leczenie stomatologiczne (do 2000 zł),
- organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego (do 700 zł),
- zdalne porady lekarskie (maksymalnie 6 porad w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony).

W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, ubezpieczenie obejmuje także organizację oraz pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do 8 000 zł w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego Wypadku.
Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz w Wykazie Procedur Medycznych, które są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, na terenie Polski.
Ubezpieczony korzysta ze świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie w ramach limitów, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje

Ubezpieczenie w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:

- wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
- wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
- wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), które realizują świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyrężenie organizmu o charakterze nawykowym, zmęczeniowym lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które jest potwierdzone w dokumentacji medycznej i skutkuje negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej

Nie organizujemy ani nie spełniamy świadczeń objętych ubezpieczeniem jeśli Nieszczęśliwy Wypadek, któremu uległ Ubezpieczony został spowodowany lub miał miejsce między innymi:

- 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 wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
- w związku z poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie takiego leczenia było zalecone przez Lekarza Prowadzącego,
- w wyniku zatrucia się przez Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
- próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
- wskutek zakażenia wirusem HIV,
- w związku z Chorobą Psychiczną,
- prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie Nieszczęśliwego Wypadku, lub prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Nieszczęśliwego Wypadku,
- wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
- wskutek leczenia eksperymentalnego Ubezpieczonego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
- działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej.

Dokument wszedł w życie 7 listopada 2026 r.