

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE
POŁĄCZONEGO Z GROMADZENIEM PIENIĘDZY

Twój Plan



Co zyskujesz dzięki ubezpieczeniu Twój Plan?

Dzięki ubezpieczeniu Twój Plan zapewniasz wsparcie finansowe swoim bliskim, gdyby Cię zabrakło, oraz sobie – w razie problemów ze zdrowiem i wypadków. Jednocześnie odkładasz pieniądze na dowolny cel – wpłacasz regularnie składki, które są inwestowane w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Możesz też wpłacać dodatkowe kwoty.

Możesz również:

- skorzystać z 20% zniżki na pakiet badań genetycznych oraz 10% zniżki na pakiet badań specjalistycznych, by zapobiegać wielu chorobom,
- ubezpieczyć życie i zdrowie swojej rodziny (do 10 osób) w ramach jednej polisy.

Czego dowiesz się z ogólnych warunków umowy głównej?

- wyjaśnimy terminy, którymi będziemy posługiwać się nie tylko w warunkach ogólnych, ale również w naszych listach i mailach,
- podpowiemy m.in. **jak rozszerzać zakres polisy**, zmieniać sumę ubezpieczenia oraz ubezpieczyć życie i zdrowie bliskiej osoby,
- szczegółowo opiszemy, **jak otrzymać pieniądze z polisy** i w jakich sytuacjach nie będą one mogły być wypłacone.

Zwróć uwagę

W dowolnej chwili możesz rozszerzyć zakres swojej polisy dzięki umowom dodatkowym. Zapewnisz sobie **wypłatę pieniędzy i pomoc** m.in. w razie poważnej choroby, niezdolności do pracy, leczenia w szpitalu, również za granicą, oraz wypadku. Koniecznie zapytaj swojego Agenta o **rabaty za zawarcie kilku umów**.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Osoba uprawniona może **wnioskować o wypłatę pieniędzy w razie zdarzeń objętych ochroną**, wysyłając skany potrzebnych dokumentów na adres: bok@allianz.pl.

W serwisie dla Klientów Mój Allianz można łatwo i wygodnie zgłosić wypadek, leczenie i pobyt w szpitalu, a także sprawdzić status swojego zgłoszenia.

SPIS TREŚCI

Zabezpieczenie bliskich oraz gromadzenie pieniędzy

| | |
|--|----|
| Ogólne warunki ubezpieczenia „Twój Plan” | 4 |
| Wykaz opłat i limitów | 15 |
| Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych..... | 16 |
| Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie | 23 |
| Terminowe ubezpieczenie na życie | 27 |

Wsparcie w razie problemów ze zdrowiem

| | |
|--|-----|
| Poważne zachorowanie | 31 |
| Leczenie za granicą | 47 |
| Leczenie Szpitalne w Polsce | 57 |
| „Assistance Onkologiczny” | 67 |
| Niezdolność do pracy | 75 |
| Leczenie w szpitalu – „Na Zdrowie” | 81 |
| Pobyt w szpitalu | 103 |
| Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow” | 107 |
| Zagraniczna druga opinia medyczna | 139 |
| Ubezpieczenie składki | 143 |

Wsparcie finansowe w razie nieszczęśliwych wypadków (NW)

| | |
|---|-----|
| Śmierć wskutek NW | 147 |
| Śmierć wskutek NW komunikacyjnego | 151 |
| Kalectwo po NW | 155 |
| Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW | 161 |
| „Assistance Wypadkowy” | 183 |
| Niezdolność do pracy po NW | 195 |
| Pobyt w szpitalu wskutek NW | 199 |
| Koszty leczenia skutków NW | 203 |
| Koszty operacji plastycznych po NW | 207 |
| Dodatkowa ochrona po NW – „Dla Aktywnych” | 211 |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „TWÓJ PLAN” (OWU/TZI/6/2025)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|--|--|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 31-32 |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Art. 16 ust. 3-4 Art. 24 ust. 1-4 Art. 25 ust. 1-4 Art. 26 ust. 4 Art. 27 ust. 5 Pkt 5 – 9 Wykazu Opłat i Limitów |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Art. 23 ust. 3, ust. 6 Art. 27 ust. 4, ust. 6 |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „TWÓJ PLAN” (OWU/TZI/6/2025)

KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)

Umowę Ubezpieczenia zawierają:
Ubezpieczający (Ty) oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (my), na podstawie tego dokumentu, czyli **Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” (OWU/TZI/6/2025)**, dalej: **OWU**.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

- Akt Przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, z wyłączeniem przekroczenia granic obrony koniecznej lub granic stanu wyższej konieczności
- Akt Terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
- Alokacja** – przeliczenie Regularnej Składki Kapitałowej oraz Dodatkowej Składki Kapitałowej na Jednostki Funduszy, zgodnie ze wskazanym przez Ciebie podziałem między Fundusze
- Dodatkowa Składka Kapitałowa** – kwota, którą wpłacasz w dowolnych terminach po zawarciu Umowy w celu gromadzenia dodatkowych środków
- Dokument Ubezpieczenia** – polisa lub inny dokument, w którym potwierdzamy najważniejsze postanowienia Umowy
- Dzień Rejestracji Wpłaty** – dzień, w którym Regularna lub Dodatkowa Składka Kapitałowa wpływa na nasz rachunek bankowy
- Dzień Roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy
- Jednostki Funduszu (Jednostki)** – udziały o jednakowej wartości, na które jest podzielony Fundusz
- Miesiąc Polisowy** – okres, który rozpoczyna się w tym samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego. Jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to okres ten rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca. Pierwszy Miesiąc Polisowy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej
- Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
- Okres Podwyższonej Ochrony** – co najmniej 10-letni okres ubezpieczenia od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Okres ten może trwać najdłużej do Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach. Ty wybierasz i wskazujesz we Wniosku długość okresu, w którym potrzebujesz podwyższonej ochrony
- Rachunek Jednostek (Rachunek)** – rachunek, na którym rejestrujemy Jednostki Funduszu po Alokacji i z którego odpisujemy Jednostki, gdy decydujesz się na przeniesienie Jednostek lub wypłatę środków, oraz pobieramy opłaty. Rachunek ten otwieramy w dniu zawarcia Umowy
- Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (Regulamin Funduszy)** – dokument, który zawiera informacje o:
 - Funduszach z naszej oferty, ich celach i zasadach działania oraz
 - profilach inwestycyjnych i Funduszach, które są dostępne w ramach tych profili.Czytaj go łącznie z OWU
- Regularna Składka Kapitałowa** – kwota, którą wpłacasz jako część Składki i przeznaczasz na regularne gromadzenie środków na Rachunku
- Rocznica Ubezpieczenia** – pierwszy dzień: drugiego i każdego kolejnego Roku Ubezpieczenia
- Rok Ubezpieczenia** – pierwsze 12 Miesięcy Polisowych i kolejne 12-miesięczne okresy ochrony ubezpieczeniowej, które następują po sobie
- Składka** – suma Składki Ochronnej oraz Regularnej Składki Kapitałowej
- Składka Ochronna** – suma składki za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej i składek za Umowy Dodatkowe
- Suma Ubezpieczenia** – kwota, którą wypłacamy, gdy Ubezpieczony Główny umiera w Okresie Podwyższonej Ochrony – razem z innymi kwotami przewidzianymi w Umowie w tym okresie, zgodnie z tabelą świadczeń. Sumę Ubezpieczenia wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Tabela świadczeń znajduje się w dalszej części OWU
- Suma Ubezpieczenia na Całe Życie** – kwota, którą wypłacamy, gdy Ubezpieczony Główny umiera w dowolnym momencie w czasie trwania Umowy Głównej – razem z innymi kwotami przewidzianymi w Umowie zgodnie z tabelą świadczeń. Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Tabela świadczeń znajduje się w dalszej części OWU
- Suma Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – kwota, którą wypłacamy, gdy Ubezpieczony Główny umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który występuje przed Rocznicą Ubezpieczenia, przypadającą bezpośrednio po ukończeniu przez niego 70 lat – razem z innymi kwotami przewidzianymi w Umowie zgodnie z tabelą świadczeń. Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Tabela świadczeń znajduje się w dalszej części OWU
- Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – śmierć Ubezpieczonego Głównego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
- Ubezpieczający/Ubezpieczony Główny (Ty)** – pełnoletnia osoba, która:
 - zawiera z nami Umowę i ma obowiązek płacić Składki,
 - w dniu rejestracji Wniosku ma mniej niż 61 lat,
 - jest jednocześnie Ubezpieczonym Głównym, czyli osobą, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej; na rzecz tej osoby można zawrzeć także Umowy Dodatkowe
- Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (Fundusz)** – część naszych aktywów, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z Regulaminem Funduszy. Fundusze różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz inwestują w jednostki uczestnictwa różnych kategorii funduszy i subfunduszy inwestycyjnych, a przez to pośrednio w wiele instrumentów finansowych (np. obligacje, akcje, instrumenty rynku pieniężnego)
- Ubezpieczony** – osoba, która w dniu rejestracji Wniosku ma mniej niż 61 lat i której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie dodatkowej terminowej ubezpieczenia na życie. Na rzecz Ubezpieczonego możesz zawrzeć także inne Umowy Dodatkowe. Jeśli Ubezpieczony jest niepełnoletni, to musi być dzieckiem własnym albo przysposobionym Twoim albo innego Ubezpieczonego w Umowie
- Umowa Dodatkowa** – część Umowy, która zapewnia dodatkową ochronę ubezpieczeniową – na podstawie odrębnych ogólnych warunków ubezpieczenia
- Umowa Główna** – umowa ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, która przewiduje ochronę ubezpieczeniową w zakresie, który wskazujemy w OWU oraz inwestowanie Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej w Fundusze
- Umowa Ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa Główna łącznie z Umowami Dodatkowymi
- Uposażony** – osoba, którą wskazujesz, aby otrzymała pieniądze w razie Twojej śmierci
- Uposażony Zastępczy** – osoba, którą wskazujesz, aby otrzymała pieniądze, jeśli w chwili Twojej śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia
- Wartość Jednostki Funduszu (Wartość Jednostki)** – wartość, zgodnie z którą Jednostki Funduszu są rejestrowane na Rachunku i z niego odpisywane. Ustalamy ją zgodnie z Regulaminem Funduszy
- Wartość Rachunku** – wartość Jednostek Funduszy zarejestrowanych na Rachunku, którą obliczamy, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu przez ich wartość w danym dniu
- Wiek** – liczba ukończonych lat życia przez Ciebie lub Ubezpieczonego w dniu rejestracji Wniosku, a następnie – w każdą Rocznicę Ubezpieczenia
- Wniosek Ubezpieczeniowy (Wniosek)** – Twoja oferta zawarcia Umowy lub Umowy Dodatkowej, którą składasz na przygotowanym przez nas formularzu
- 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)
36. **Wykaz Opłat i Limitów** – dokument, który zawiera informacje o opłatach i limitach, jakie stosujemy w Umowie, oraz informację, jaki procent składek za ubezpieczenie na całe życie zwracamy w przypadku rozwiązania Umowy Głównej z innego powodu niż Twoja śmierć. Czytaj ten dokument łącznie z OWU
37. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub

przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagającą użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

38. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ZAWARCIE UMOWY

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

1. W Umowie Głównej ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Twoje życie.
2. W razie Twojej śmierci w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy świadczenie zgodnie z tabelą świadczeń:

| Zdarzenie | Świadczenie | Świadczenia w Okresie Podwyższonej Ochrony | Świadczenia po Okresie Podwyższonej Ochrony | Świadczenia po Roczniczy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ciebie 70 lat |
|--|-------------|---|--|---|
| Na kwotę świadczenia ubezpieczeniowego składają się: | | | | |
| Śmierć | | 1. Suma Ubezpieczenia na Całe Życie 2. Suma Ubezpieczenia 3. Wartość Rachunku | 1. Suma Ubezpieczenia na Całe Życie 2. Wartość Rachunku | 1. Suma Ubezpieczenia na Całe Życie 2. Wartość Rachunku |
| Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który występuje przed Rocznicą Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ciebie 70 lat | | 4. Suma Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku | 3. Suma Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku | Brak świadczenia. Jeśli jednak Nieszczęśliwy Wypadek występuje przed Rocznicą Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach, a śmierć wskutek tego wypadku po tej rocznicy, ale w ciągu 180 dni od wypadku, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. |

ART. 3 JAKA JEST SUMA UBEZPIECZENIA NA CAŁE ŻYCIE I SUMA UBEZPIECZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. We Wniosku wybierasz:
 - a) Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie,
 - b) Sumę Ubezpieczenia oraz
 - c) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Uzgodnione sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

ART. 4 JAK ZAWRZEĆ UMOWĘ GŁÓWNĄ I UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Przed zawarciem Umowy Głównej uzyskujemy w formie ankiety informacje dotyczące Twojej wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie i inwestycji oraz Twojej sytuacji finansowej, abyśmy mogli dokonać oceny, które z ubezpieczeń z naszej oferty z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi jest dla Ciebie odpowiednie (ankieta odpowiedzialności ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym).
2. Zawrzemy z Tobą Umowę Główną, jeśli na podstawie uzyskanych informacji uznamy, że jest ona dla Ciebie odpowiednia. W przeciwnym razie Umowa może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez Ciebie pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z naszym ostrzeżeniem, że umowa nie jest dla Ciebie odpowiednia.
3. Możesz odmówić wypełnienia tej ankiety. W takim przypadku mamy ograniczoną możliwość oceny, które z ubezpieczeń z naszej oferty z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi jest dla Ciebie odpowiednie i możesz zawrzeć Umowę wyłącznie wtedy, gdy złożysz pisemne żądanie jej zawarcia.

4. Umowę Dodatkową zawierasz z nami po zbadaniu potrzeb ubezpieczeniowych Twoich i Ubezpieczonego – w zależności od tego, na czyją rzecz chcesz zawrzeć tę umowę.

5. Umowę Główną i Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie Wniosku.

6. Umowę Dodatkową zawierasz z nami:
 - a) jednocześnie z Umową Główną albo
 - b) w czasie trwania Umowy – jest to dokupienie; ogólne warunki ubezpieczenia niektórych Umów Dodatkowych mogą nie przewidywać takiej możliwości.

W czasie trwania Umowy możemy zaproponować Ci także inny tryb zawarcia Umowy Dodatkowej oraz inny czas trwania tej umowy.

7. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
8. Możemy poprosić Ciebie lub Ubezpieczonego o:

- a) dodatkowe informacje i dokumenty, w tym takie, które dotyczą stanu zdrowia, lub
- b) wykonanie badań analitycznych lub lekarskich – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.

9. Wynik oceny ryzyka ubezpieczeniowego przekazujemy w jeden z następujących sposobów:

- a) doręczamy Ci Dokument Ubezpieczenia, w którym potwierdzamy naszą wolę zawarcia z Tobą Umowy Głównej lub Umowy Dodatkowej. W chwili, w której otrzymujesz ten dokument, zawierasz z nami Umowę lub Umowę Dodatkową na warunkach określonych w Twoim Wniosku,
- b) przedstawiamy Ci w Dokumentacie Ubezpieczenia inne warunki Umowy lub Umowy Dodatkowej niż określone w Twoim Wniosku (warunki szczególne). Jeśli nie akceptujesz tych warunków, poinformuj nas o tym w ciągu 14 dni od otrzymania dokumentów. Jeśli tego nie zrobisz, zawierasz z nami te umowy z początkiem 15 dnia od otrzymania tych dokumentów – na warunkach, które określamy w Dokumentacie Ubezpieczenia,
- c) odmawiamy zawarcia z Tobą Umowy lub Umowy Dodatkowej.

ART. 5 JAK DŁUGO TRWA UMOWA GŁÓWNA I UMOWY DODATKOWE

- Umowę Główną zawierasz z nami na czas nieokreślony.
- Umowę Dodatkową zawierasz z nami:
 - na rok – w przypadku, gdy zawierasz daną Umowę Dodatkową razem z Umową Główną oraz gdy zawierasz Umowę Dodatkową na kolejny okres,
 - do końca danego Roku Ubezpieczenia – w przypadku dokupienia; jeśli składasz Wniosek o dokupienie, gdy do końca Roku Ubezpieczenia pozostało mniej niż 49 dni, Umowę Dodatkową zawierasz do końca kolejnego Roku Ubezpieczenia.Ogólne warunki ubezpieczenia niektórych Umów Dodatkowych mogą przewidywać inny czas trwania Umowy Dodatkowej.

ART. 6 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA W UMOWIE GŁÓWNEJ

- Twoja ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Ochrona nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas pierwszej Składki, która wynika z Umowy.
- Twój Okres Podwyższonej Ochrony kończy się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
- Twoja ochrona z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku kończy się w ostatnim dniu przed Rocznicą Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ciebie 70 lat.
- Twoja ochrona ubezpieczeniowa kończy się, gdy Umowa wygaśnie lub zostanie rozwiązana.

ART. 7 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA W UMOWIE DODATKOWEJ

- Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy Ciebie lub Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Ochrona nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas:
 - pierwszej Składki – jeśli zawierasz Umowę Dodatkową razem z Umową Główną,
 - Składki, która uwzględnia składkę za Umowę Dodatkową – jeśli dokupujesz tę umowę.
- Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w dniu, w którym Umowa Dodatkowa zostanie rozwiązana.

ART. 8 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

- Zanim zawrzesz z nami Umowę lub Umowę Dodatkową, przekazujemy Ci:
 - OWU i ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - Regulamin Funduszy,
 - Wykaz Opłat i Limitów oraz
 - inne dokumenty, których wymaga prawo.
- Raz w roku przekazujemy Ci informacje o wysokości wszystkich świadczeń z Umowy, jeśli kwoty te się zmieniają. Informacje przekazujemy pisemnie albo w innej, uzgodnionej z Tobą formie.
- Wyptacamy pieniądze z ubezpieczenia (świadczenie ubezpieczeniowe) w razie Twojej śmierci, Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wyptacamy pieniądze lub realizujemy świadczenia w razie innych zdarzeń objętych ubezpieczeniem w zawartych z nami Umowach Dodatkowych. Okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wyptacamy pieniędzy z ubezpieczenia ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej, wskazujemy w OWU lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 9 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI ORAZ OBOWIĄZKI KAŻDEGO UBEZPIECZONEGO

- Ty, jako osoba, która zawarła z nami Umowę, masz obowiązek:
 - optacać Składki w uzgodnionych z nami terminach,
 - informować nas o zmianie danych osobowych i teleadresowych – swoich i Ubezpieczonego.
- Ty i Ubezpieczony macie obowiązek udzielić zgodnych z prawdą odpowiedzi na nasze pytania, które zadajemy, zanim:

- zawrzemy z Tobą Umowę Główną lub Umowę Dodatkową,
- podwyższymy Sumę Ubezpieczenia lub sumę ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub wykonamy inną zmianę zakresu ubezpieczenia.

- Jeśli Twoja śmierć lub śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy, zanim zawarliśmy z Tobą Umowę Główną lub Umowę dodatkową terminowego ubezpieczenia na życie albo zanim podwyższyliśmy sumy ubezpieczenia w którejkolwiek z tych umów, i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo w ciągu 3 lat od:
 - zawarcia takiej umowy – odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia,
 - podwyższenia sumy ubezpieczenia – wyptacić kwotę sprzed podwyższenia.
- Jeśli zdarzenie, które jest objęte ubezpieczeniem w Umowie Dodatkowej innej niż na życie, jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem tej umowy albo przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia w tej umowie i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo:
 - odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia lub odmówić realizacji świadczeń, które przewiduje Umowa Dodatkowa – gdy zadaliśmy pytania przed zawarciem umowy – albo
 - wyptacić kwotę sprzed podwyższenia – gdy zadaliśmy pytania przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia.

ART. 10 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI WOBEC UBEZPIECZONEGO

- Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia na życie na rzecz Ubezpieczonego, uzyskaj zgodę tej osoby.
- Przekaż Ubezpieczonemu – w uzgodnionej z nim formie:
 - treść OWU, ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy Dodatkowej oraz innych dokumentów, które otrzymujesz od nas – zanim Ubezpieczony wyrazi zgodę, abyśmy objęli go ochroną ubezpieczeniową,
 - informacje, że warunki Umowy się zmieniają, oraz jak wpłynie to na wartość świadczeń – zanim wyrazisz zgodę na takie zmiany,
 - informacje, które otrzymujesz od nas o nowej wysokości świadczeń – jeśli zmieniają się w czasie trwania Umowy – najszybciej, jak to możliwe.
- Jeśli nie wykonasz tych obowiązków, to ponosisz wobec nas odpowiedzialność – zgodnie z Kodeksem cywilnym.
- Ubezpieczony może także od nas wymagać informacji o postanowieniach umowy zawartej na jego rzecz oraz udostępnienia OWU oraz ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.

ART. 11 ILE KOSZTUJE UMOWA GŁÓWNA

- Miesięczna składka za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej pokrywa koszt ochrony ubezpieczeniowej, jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - Twojego Wiek,
 - Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie,
 - Sumy Ubezpieczenia oraz długości Okresu Podwyższonej Ochrony,
 - Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Taryfy składek ustalamy w taki sposób, aby zapewniły co najmniej:
 - wykonanie wszystkich naszych zobowiązań, które wynikają z zawartych Umów Głównych, w tym pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, oraz
 - pokrycie kosztów naszej działalności ubezpieczeniowej.
- Przy ustalaniu taryf składek uwzględniamy:
 - czas trwania ubezpieczenia,
 - co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia) i ile pieniędzy wyptacamy,
 - okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wyptacamy pieniędzy z ubezpieczenia.
- Składka za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej obniża się, gdy:
 - kończy się Okres Podwyższonej Ochrony – od tego momentu przestajesz optacać część składki za ubezpieczenie na życie, zgodnie z Dokumentem Ubezpieczenia,
 - wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – w Rocznicę Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach.

5. Regularną Składkę Kapitałową przestajesz opłacać od Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach. Nadal możesz wpłacać Dodatkowe Składki Kapitałowe.
6. Składkę za ubezpieczenie na całe życie przestajesz opłacać od Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 85 urodzinach. Mimo tego Suma Ubezpieczenia na Całe Życie nadal obowiązuje – w takiej samej wysokości jak w poprzednią Rocznicę Ubezpieczenia.
7. Minimalne składki, które obowiązują w Umowie, wskazujemy w Wykazie Oplat i Limitów.

ART. 12 JAK WPŁACAĆ REGULARNE I DODATKOWE SKŁADKI KAPITAŁOWE. CO SIĘ DZIEJE Z PIENIĘDZMI, KTÓRE WPŁACASZ

1. Regularna Składka Kapitałowa jest częścią Składki.
2. Oprócz Regularnych Składek Kapitałowych możesz także wpłacać Dodatkowe Składki Kapitałowe:
 - a) w dowolnych terminach w czasie trwania Umowy,
 - b) na odrębny rachunek bankowy, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
3. Regularne i Dodatkowe Składki Kapitałowe przeznaczasz na gromadzenie dodatkowych środków. Składki te przeliczamy na Jednostki Funduszy – zgodnie ze wskazanym przez Ciebie podziałem między Fundusze.
4. Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Głównej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z tymi zasadami, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
5. We Wniosku wskazujesz wysokość Regularnej Składki Kapitałowej oraz jej procentowy podział między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu). Procentowy podział Dodatkowej Składki Kapitałowej między Fundusze jest taki sam, jak Regularnej Składki Kapitałowej.
6. Limity, które dotyczą Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej, wskazujemy w Wykazie Oplat i Limitów.

ART. 13 JAK ALOKUJEMY REGULARNĄ I DODATKOWĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ W FUNDUSZE

1. Regularną i Dodatkową Składkę Kapitałową uznajemy za zapłaconą w Dniu Rejestracji Wpłaty.
2. Alokacja następuje:
 - a) w przypadku Regularnej Składki Kapitałowej – w ciągu 7 Dni Roboczych od Dnia Rejestracji Wpłaty i najwcześniej w terminie płatności Składki, według Wartości Jednostek z późniejszego z dni: Dnia Rejestracji Wpłaty lub terminu płatności Składki,
 - b) w przypadku Dodatkowej Składki Kapitałowej – w ciągu 7 Dni Roboczych od Dnia Rejestracji Wpłaty i najwcześniej w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia, według Wartości Jednostek z późniejszego z dni: Dnia Rejestracji Wpłaty lub pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.
3. Liczbę i Wartość Jednostek rejestrowanych na Rachunku i z niego odpisywanych zaokrąglamy do 5. miejsca po przecinku.

ART. 14 ILE KOSZTUJE UMOWA DODATKOWA

1. Zasady, na podstawie których ustalamy miesięczną składkę za Umowę Dodatkową, wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
2. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek.
3. Taryfy składek ustalamy w taki sposób, aby zapewniły co najmniej:
 - a) wykonanie wszystkich naszych zobowiązań, które wynikają z zawartych Umów Dodatkowych, w tym pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, oraz
 - b) pokrycie kosztów naszej działalności ubezpieczeniowej.
4. Przy ustalaniu taryf składek uwzględniamy:
 - a) maksymalny łączny czas trwania pierwszej i kolejnych Umów Dodatkowych, który wynika z ogólnych warunków ubezpieczenia danej umowy i Wiek Ubezpieczonego,
 - b) co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia) i ile pieniędzy wyptacamy,
 - c) okoliczności, w których nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wyptacamy pieniędzy z ubezpieczenia ani nie realizujemy świadczeń.

ART. 15 JAK WPŁACAĆ SKŁADKI I JAKIE SĄ SKUTKI NIEOPŁACENIA SKŁADKI

1. Składkę wpłacasz co miesiąc. Terminy płatności oraz rachunek bankowy do wpłat wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. Składkę uznajemy za zapłaconą w dniu, w którym wpływa na nasz rachunek bankowy.
3. Jeśli spóźnisz się z płatnością, Twoja wpłata w pierwszej kolejności pokrywa pierwszą zaległą Składkę.
4. Jeśli spóźnisz się z płatnością o więcej niż 60 dni, to poinformujemy Cię pisemnie, że nie otrzymaliśmy Twojej Składki i z czym się wiąże jej dalsze nieopłacanie. Wyznamy Ci również przynajmniej 7 dni na wpłatę. Jeśli w tym czasie nie wpłacisz Składki i nie możesz skorzystać z czasowego zawieszenia opłacania składek, to Umowa rozwiąże się następnego dnia po upływie tego okresu.

ART. 16 W JAKI SPOSÓB CZASOWO ZAWIESIĆ OPŁACANIE SKŁADEK

1. Czasowe zawieszenie opłacania Składek (zawieszenie) następuje na Twój wniosek albo automatycznie – na skutek nieopłacania Składek.
2. Możesz skorzystać z czasowego zawieszenia opłacania Składek, gdy są spełnione oba warunki:
 - a) minęły co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy i opłaciłeś wszystkie Składki za ten 3-letni okres,
 - b) Wartość Rachunku jest co najmniej równa sumie 24 Składek Ochronnych; do obliczenia tej kwoty bierzemy pod uwagę Składkę Ochronną, która obowiązuje: w dniu rejestracji Twojego wniosku o zawieszenie albo – w przypadku zawieszenia automatycznego – w terminie płatności 4. zaległej Składki.
3. Gdy składasz do nas wniosek o zawieszenie, to wybierasz jedną z dwóch opcji:

| Składki i ochrona ubezpieczeniowa w czasie zawieszenia opłacania Składek | Opcja I | Opcja II |
|--|--|---|
| Składka za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej | Pobieramy tę składkę poprzez odpisanie z Rachunku takiej liczby Jednostek Funduszy, których wartość jest równa składce za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej | |
| Regularna Składka Kapitałowa | Nie jest wymagana | |
| Składki za Umowy Dodatkowe | Nie wpłacasz składek za Umowy Dodatkowe: Twoje i Ubezpieczonego – pokrywamy je poprzez odpisanie z Rachunku takiej liczby Jednostek Funduszy, których wartość jest równa sumie składek za Umowy Dodatkowe | Wpłacasz sumę składek za Umowy Dodatkowe: Twoje i Ubezpieczonego |
| Ochrona ubezpieczeniowa – Umowa Główna | Jesteś objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Głównej | |
| Ochrona ubezpieczeniowa – Umowy Dodatkowe | Ty i Ubezpieczony jesteście objęci ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych | |

4. Aby pokryć składki za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub składki za Umowy Dodatkowe z Rachunku, odpisujemy Jednostki Funduszy:
 - a) w terminach płatności Składki oraz
 - b) według Wartości Jednostek, które obowiązują w tym dniu.
 5. Automatyczne zawieszenie następuje zgodnie z opcją I:
 - a) w terminie płatności 4. nieopłaconej Składki i według Wartości Jednostek, które obowiązują w tym dniu,
 - b) ze skutkiem od terminu płatności 1. zaległej Składki.
 6. Zawieszenie na Twój wniosek następuje od terminu płatności Składki, który wskazujesz w tym wniosku, o ile opłacisz Składki należne do tego terminu płatności. Twój wniosek wymaga naszej akceptacji.
 7. Jeśli we wniosku wskazujesz opcję II zawieszenia, a następnie spóźnisz się z płatnością o więcej niż 60 dni, to poinformujemy Cię pisemnie, że nie otrzymaliśmy Twojej wpłaty i z czym się wiąże dalsze nieopłacanie sumy składek za Umowy Dodatkowe. Wyznamy Ci również przynajmniej 7 dni na wpłatę. Jeśli w tym czasie jej nie dokonasz, to Umowa rozwiąże się następnego dnia po upływie tego okresu.
 8. Kolejny raz możesz zawiesić opłacanie składek po upływie 3 lat od końca poprzedniego zawieszenia. Każdy okres zawieszenia może trwać maksymalnie 12 Miesięcy Polisowych.
 9. Jeśli chcesz skrócić okres zawieszenia, to poinformuj nas o tym i wpłać Składkę. Na tej podstawie zakończymy ten okres w najbliższym terminie płatności, który przypada po dniu, w którym otrzymaliśmy Twój wniosek i zarejestrowaliśmy Składkę.
 10. Po zakończeniu czasowego zawieszenia Składek następuje wznowienie opłacania Składek i masz obowiązek je wpłacać w terminach płatności. Jeśli spóźnisz się z płatnością o więcej niż 60 dni, to poinformujemy Cię pisemnie, że nie otrzymaliśmy Twojej Składki i z czym się wiąże jej dalsze nieopłacanie. Wyznamy Ci również przynajmniej 7 dni na wpłatę. Jeśli w tym czasie nie wpłacisz Składki, to Umowa rozwiąże się następnego dnia po upływie tego okresu.
 11. W czasie zawieszenia nie możesz wnioskować o podwyższenie sumy ubezpieczenia ani dokupienie Umowy Dodatkowej.
 12. W czasie zawieszenia możesz wpłacać Dodatkowe Składki Kapitałowe.
 13. Jeśli w czasie zawieszenia przypada Rocznica Ubezpieczenia, to proponujemy Ci kontynuację Umów Dodatkowych, ale nie proponujemy Ci indeksacji.
 14. Jeśli w okresie zawieszenia Wartość Rachunku nie jest wystarczająca na pokrycie Składki Ochronnej albo składki za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej – w zależności od opcji zawieszenia – to informujemy Cię o tym fakcie oraz o konieczności wznowienia opłacania Składek. Wyznamy Ci przynajmniej 7 dni na wpłatę. Jeśli w tym czasie nie wpłacisz Składki, to Umowa rozwiązuje się następnego dnia po upływie tego okresu.
- b) przekazała nam informacje o stanie swojego zdrowia lub
 - c) wykonana badania lekarskie – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
5. Możesz złożyć wniosek o obniżenie Sumy Ubezpieczenia, gdy miną co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy i opłacisz Składki za ten okres.
 6. Suma Ubezpieczenia, suma ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie zmienia się:
 - a) od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę,
 - b) w przypadku podwyższenia – od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę i otrzymaniu podwyższonej Składki.
 Jeśli składasz wniosek później niż na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to zmiana obowiązuje najwcześniej od tej Rocznicy Ubezpieczenia.
 7. Nie możesz zmienić Sumy Ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej ani innego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w okresie, w którym przejęliśmy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki oraz w okresie zawieszenia opłacania Składek.

ART. 18 NA CZYM POLEGA INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji:
 - a) Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie,
 - b) Sumy Ubezpieczenia,
 - c) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - d) sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub innych świadczeń, dla których ogólne warunki ubezpieczenia tej Umowy Dodatkowej umożliwiają indeksację,
 - e) Regularnej Składki Kapitałowej
 – i zapobiega istotnej utracie ich realnych wartości w długim okresie.
2. Propozycję indeksacji przygotowujemy na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia. Propozycja ta zawiera nowe sumy ubezpieczenia i nową Składkę.
3. Wskaźnik indeksacji ustalamy w miesiącu kalendarzowym poprzedzającym o trzy miesiące miesiąc, w którym przypada Rocznica Ubezpieczenia. Obliczamy go jako średnią arytmetyczną z dwóch rocznych wskaźników:
 - a) ogłoszonego przez uprawniony do tego urząd średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych w danym miesiącu w odniesieniu do analogicznego miesiąca poprzedniego roku (pot. roczna inflacja), wyrażonego w procentach, oraz
 - b) średniej arytmetycznej ostatnich 12 wskaźników wzrostu ogłoszonego przez uprawniony do tego urząd przeciętnego miesięcznego nominalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w odniesieniu do analogicznego miesiąca poprzedniego roku, wyrażonych w procentach.

Do obliczeń każdorazowo przyjmujemy opublikowane przez uprawniony do tego urząd dane za miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym obliczamy wskaźnik indeksacji. Gdy nie są jeszcze opublikowane ostateczne dane, to do obliczeń przyjmujemy dane wstępne (informacja sygnałna), a gdy te dane również nie są dostępne - dane za ostatni miesiąc, za który są dostępne.

Gdy obliczamy średnie arytmetyczne stosujemy zaokrąglenia do dwóch miejsc po przecinku.

W dniu wejścia w życie tych OWU urzędem uprawnionym do ogłoszenia i publikowania wskaźników, o których piszemy wyżej, jest Główny Urząd Statystyczny.

ZMIANY W UMOWIE

ART. 17 JAK PODWYŻSZYĆ ALBO OBNIŻYĆ SUMĘ UBEZPIECZENIA, SUMĘ UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LUB INNE ŚWIADCZENIE

1. Zmiana Sumy Ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub innego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej następuje na Twój wniosek, wymaga naszej akceptacji oraz powoduje zmianę Składki.
2. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
 - a) różnicę między nową a dotychczasową Sumą Ubezpieczenia,
 - b) Wiek Ubezpieczonego Głównego w dniu rejestracji wniosku o zmianę,
 - c) czas, jaki pozostał do zakończenia Okresu Podwyższonej Ochrony,
 - d) wyniki naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Dodatkową, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
 - a) różnicę między nową a dotychczasową sumą ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub różnicę między nowym a dotychczasowym innym świadczeniem,
 - b) Wiek Ubezpieczonego w dniu rejestracji wniosku o zmianę,
 - c) wyniki naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Przed podwyższeniem możemy poprosić osobę, której zmiana dotyczy, aby:
 - a) uzupełniła informacje we wniosku o zmianę,
4. Wskaźnik indeksacji nie może być niższy od minimalnego wskaźnika indeksacji, który wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.
5. Indeksacja powoduje podwyższenie Składki.
6. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
 - a) różnicę między nowymi a dotychczasowymi: Sumą Ubezpieczenia na Całe Życie, Sumą Ubezpieczenia i Sumą Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) Wiek Ubezpieczonego Głównego w Rocznicy Ubezpieczenia,
 - c) w Okresie Podwyższonej Ochrony – czas, jaki pozostał do zakończenia tego okresu,
 - d) wyniki naszej wcześniejszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Nie przygotowujemy propozycji indeksacji Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie od Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada po Twoich 75. urodzinach.
8. Nie przygotowujemy propozycji indeksacji w okresie, w którym przejmujemy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej

Ubezpieczenia Składki oraz w okresie zawieszenia optacania Składek.

- Indeksacja jest dobrowolna – możesz z niej zrezygnować najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia. Jeśli tego nie zrobisz, nasza oferta obowiązuje od Rocznic Ubezpieczenia.
- Jeśli zrezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne Lata Ubezpieczenia, to nie przygotowujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji.

ART. 19 CZY I JAK ZAWRZEMY Z TOBĄ UMOWĘ DODATKOWĄ NA KOLEJNY OKRES

- Propozycję zawarcia Umowy Dodatkowej na kolejny okres przygotowujemy:
 - na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia,
 - dla Umów Dodatkowych, których ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość, i na zasadach, które wskazujemy w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- W propozycji wskazujemy nową składkę za Umowę Dodatkową. Gdy ją obliczamy, uwzględniamy:
 - Wiek Ubezpieczonego Głównego albo Wiek Ubezpieczonego – w zależności od tego, kogo ta umowa dotyczy,
 - naszą aktualną taryfę składek,
 - sumę ubezpieczenia – albo inne świadczenie, które przewiduje ta Umowa Dodatkowa,
 - wskaźnik indeksacji – jeśli korzystasz z indeksacji,
 - wynik naszej wcześniejszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Gdy otrzymujesz naszą propozycję, możesz:
 - zapłacić nową Składkę, która obowiązuje od Rocznic Ubezpieczenia – oznacza to, że zawierasz z nami Umowę Dodatkową na kolejny okres zgodnie z naszą propozycją – albo
 - złożyć oświadczenie o rezygnacji z zawarcia Umowy Dodatkowej na kolejny okres – oznacza to, że obowiązująca umowa wygasa, gdy upłynie okres, na który została zawarta. Jeśli nie zgłaszasz rezygnacji najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to nasza oferta obowiązuje od Rocznic Ubezpieczenia.
- Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej na rzecz Ubezpieczonego, jeśli jednocześnie nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie na rzecz tego Ubezpieczonego.

ART. 20 JAK ZMIENIĆ WYSOKOŚĆ REGULARNEJ SKŁADKI KAPITAŁOWEJ

- Możesz zmienić wysokość Regularnej Składki Kapitałowej – zgodnie z limitami, które obowiązują dla takiej składki.
- Możesz złożyć wniosek o obniżenie Regularnej Składki Kapitałowej, gdy miną co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy Głównej i optacisz Składki za ten okres.
- Abyśmy mogli wykonać zmianę, potrzebujemy Twojego wniosku. Zmiana wymaga naszej akceptacji.
- Jeśli zawarłeś Umowę Dodatkową Ubezpieczenia Składki, to przed podwyższeniem Regularnej Składki Kapitałowej możemy poprosić, abyś:
 - uzupełnił informacje we wniosku o zmianę,
 - przekazał nam informacje o swoim stanie zdrowia lub
 - wykonał badania lekarskie – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
- Nie możesz podwyższyć Regularnej Składki Kapitałowej w okresie, w którym przejęliśmy optacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki oraz w okresie zawieszenia optacania Składek.
- Zmiana obowiązuje od terminu płatności Składki, który przypada bezpośrednio po wyrażeniu przez nas zgody na taką zmianę.
- Zmianę potwierdzamy odrębną korespondencją.

ART. 21 JAK ZMIENIĆ PODZIAŁ SKŁADKI MIĘDZY FUNDUSZE

- Możesz zmienić procentowy podział następnej Regularnej Składki Kapitałowej między Fundusze.
- Nowe Fundusze wybierasz spośród tych, które są dla Ciebie dostępne w ramach Umowy Głównej w dniu, w którym składasz wniosek o zmianę, zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Określasz także procentowy podział tej składki między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu). Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek

w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.

- Zmianę realizujemy w ciągu 7 Dni Roboczych od dnia, w którym otrzymujemy Twój wniosek.
- Nowy podział między Fundusze stosujemy do Regularnych oraz Dodatkowych Składek Kapitałowych, które alokujemy po dniu, w którym zrealizujemy zmianę.

ART. 22 JAK PRZENIEŚĆ JEDNOSTKI FUNDUSZU DO INNEGO FUNDUSZU

- Możesz złożyć wniosek o przeliczenie Jednostek danego Funduszu (minimalnie 5%) na Jednostki innego Funduszu (przeniesienie). W wyniku przeniesienia na Rachunku następuje odpisanie Jednostek jednego Funduszu i rejestracja Jednostek innego Funduszu.
- Nowy Fundusz wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Głównej w dniu, w którym składasz wniosek, zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z tymi zasadami, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku..
- Zmianę realizujemy w ciągu 7 Dni Roboczych od dnia, w którym otrzymujemy Twój wniosek, i według Wartości Jednostek, które obowiązują w dniu realizacji zmiany.

ART. 23 JAK WYPŁAĆ PIENIĄDZE Z RACHUNKU

- Możesz złożyć wniosek o wypłatę części Wartości Rachunku.
- Rejestrujemy tylko taki wniosek, który jest kompletny i poprawnie wypełniony. Jeśli wniosek nie zawiera danych koniecznych do zrealizowania wypłaty, to prosimy o ich uzupełnienie.
- Wniosek o wypłatę części Wartości Rachunku możesz złożyć, gdy minęły co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy i optacisz wszystkie Składki za ten 3-letni okres.
- We wniosku o wypłatę części Wartości Rachunku wskazujesz:
 - kwotę, którą chcesz wypłacić lub
 - Fundusze, z których chcesz odpisać Jednostki.Jeśli nie wskazujesz Funduszy, to odpisujemy Jednostki ze wszystkich Funduszy, proporcjonalnie do udziału Funduszy w Wartości Rachunku.
- Jeśli Wartość Jednostek Funduszu, który wskazujesz, jest zbyt niska, abyśmy mogli zrealizować oczekiwaną przez Ciebie wypłatę, to:
 - odpisujemy wszystkie Jednostki tego Funduszu,
 - brakującą kwotę uzyskujemy z proporcjonalnego odpisania Jednostek z pozostałych Funduszy; proporcja ta wynika z udziału Wartości Jednostek danego Funduszu w Wartości Rachunku.
- Po wypłacie na Rachunku musi pozostać równowartość 24 Składek Ochronnych. Do obliczenia tej kwoty bierzemy pod uwagę Składkę Ochronną, która obowiązuje w dniu rejestracji Twojego wniosku o wypłatę części Wartości Rachunku. Jeśli nie chcesz pozostawić na Rachunku równowartości 24 Składek Ochronnych, to możesz złożyć wniosek o wypłatę całości Wartości Rachunku.
- Wypłata następuje poprzez odpisanie z Rachunku takiej liczby Jednostek Funduszy, których wartość jest równa kwocie, którą wskazujesz.
- Kwotę do wypłaty obliczamy według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu, w którym otrzymujemy Twój kompletny i poprawnie wypełniony wniosek. Pieniądze wypłacamy w ciągu kolejnych 14 Dni Roboczych, w złotych polskich, przelewem na jeden rachunek bankowy, który wskazujesz albo w inny uzgodniony z Tobą sposób.
- Twój wniosek o wypłatę całości Wartości Rachunku albo kwoty wyższej niż Wartość Rachunku uznamy za wypowiedzenie Umowy.
- Jeśli tego samego dnia odpisujemy i rejestrujemy Jednostki na Rachunku, to wykonujemy to w następującej kolejności:
 - odpisujemy Jednostki w związku z pobraniem opłaty dystrybucyjnej,
 - odpisujemy Jednostki w związku z wypłatą całości Wartości Rachunku oraz pobraniem opłaty za rozwiązanie Umowy,
 - odpisujemy i rejestrujemy Jednostki w związku z przeniesieniem Jednostek,
 - odpisujemy Jednostki w związku z wypłatą części Wartości Rachunku,
 - rejestrujemy Jednostki w związku z Alokacją.

JAKIE OPŁATY POBIERAMY Z RACHUNKU I NA CO JE PRZEZNACZAMY

ART. 24 NA CO PRZEZNACZAMY OPŁATĘ ZA ZARZĄDZANIE I ADMINISTRACJĘ FUNDUSZEM ORAZ KIEDY I W JAKIEJ WYSOKOŚCI JĄ POBIERAMY

- Opłatę za zarządzanie i administrowanie Funduszem przeznaczamy na pokrycie kosztów:
 - dla zarządzających funduszami inwestycyjnymi, w które inwestowane są aktywa poszczególnych Funduszy (w tym kosztów agenta transferowego),
 - prowadzenia czynności księgowo-administracyjnych, w tym procesu wyceny Funduszy,
 - prowadzenia naszej działalności związanej z oferowaniem i obsługą ubezpieczeń z Funduszami.
- Opłatę pobieramy przez cały czas trwania Umowy Głównej – z aktywów Funduszu podczas ich wyceny, każdego Dnia Roboczego oraz ostatniego dnia miesiąca. Pobranie opłaty zmienia wartość tych aktywów, a tym samym – Wartość Jednostki.
- Wysokość opłaty dla każdego Funduszu ustalamy zgodnie z Regulaminem Funduszy dla wszystkich umów ubezpieczenia, w których jest możliwe zakupienie Jednostek tego Funduszu.
- Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.

ART. 25 NA CO PRZEZNACZAMY OPŁATĘ DYSTRYBUCYJNĄ ORAZ KIEDY I W JAKIEJ WYSOKOŚCI JĄ POBIERAMY

- Opłatę dystrybucyjną przeznaczamy na pokrycie kosztów zawarcia Umowy Głównej.
- Pobieramy ją z Rachunku po Alokacji:
 - każdej Regularnej Składki Kapitałowej, której termin płatności przypada w 1. Roku Ubezpieczenia,
 - każdej Dodatkowej Składki Kapitałowej.
- Opłatę pobieramy 5. dnia po Alokacji poprzez proporcjonalne odpisanie z każdego Funduszu odpowiedniej liczby Jednostek i według Wartości Jednostek, które obowiązują w tym dniu.
- Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY

ART. 26 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD UMOWY LUB UMOWY DODATKOWEJ

- Możesz odstąpić od Umowy lub Umowy Dodatkowej w ciągu 30 dni od ich zawarcia. W ciągu 14 dni od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu zwracamy Ci:
 - w przypadku odstąpienia od Umowy – Składkę Ochronną oraz Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu; Wartość Rachunku powiększamy o równowartość opłaty dystrybucyjnej, którą pobraliśmy do dnia odstąpienia;
 - w przypadku odstąpienia od Umowy Dodatkowej – składkę za Umowę Dodatkową.
- Jeśli nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia najpóźniej w dniu zawarcia Umowy lub Umowy Dodatkowej, to możesz odstąpić od danej umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym się dowiadujesz o tym prawie.
- Kwoty, które zwracamy w przypadku odstąpienia, mamy prawo pomniejszyć o:
 - składkę za udzieloną przez nas ochronę ubezpieczeniową oraz
 - koszty badań analitycznych lub lekarskich, które zostały wykonane na nasz koszt przed zawarciem Umowy lub Umowy Dodatkowej – jeśli występujesz z wnioskiem o udostępnienie wyników tych badań.
- Możesz także odstąpić od Umowy w ciągu 60 dni od dnia, w którym po raz pierwszy otrzymujesz od nas roczną informację o Wartości

Rachunku. W takim przypadku w ciągu 14 dni od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu wypłacamy Ci Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie, po pomniejszeniu o opłatę z tytułu odstąpienia. Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.

- Ciebie lub Ubezpieczonego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową do dnia, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
- Kwoty, które zwracamy w przypadku odstąpienia, wypłacamy przelewem na jeden rachunek bankowy, który wskazujesz albo w inny uzgodniony z Tobą sposób.

ART. 27 KIEDY MOŻESZ WYPOWIEDZIEĆ UMOWĘ LUB UMOWĘ DODATKOWĄ I KIEDY TE UMOWY ULEGĄ ROZWIĄZANIU

- Możesz wypowiedzieć Umowę lub Umowę Dodatkową w dowolnym momencie w czasie trwania danej umowy. Umowa ta zostanie rozwiązana, gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy wypowiedzenie.
- Umowa ulega rozwiązaniu także wtedy, gdy:
 - masz opóźnienie w opłaceniu Składek, nie masz możliwości skorzystania z zawieszenia i nie wpłacasz Składki w okresie, który wskazujemy,
 - w okresie zawieszenia Wartość Rachunku nie jest wystarczająca na pokrycie Składki Ochronnej albo składki za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej – w zależności od opcji zawieszenia – i nie wpłacasz Składki w okresie, który wskazujemy, – następnego dnia po upływie okresu, który wskazujemy w dodatkowym piśmie.
- Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą Twojej śmierci.
- W przypadku rozwiązania Umowy z innego powodu niż Twoja śmierć wypłacamy Ci Wartość Rachunku. Obliczamy ją według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu rozwiązania Umowy.
- Jeśli rozwiązanie Umowy następuje w pierwszych 3 latach jej trwania, to Wartość Rachunku pomniejszamy o opłatę w razie rozwiązania Umowy, którą wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.
- Jeśli minie 11 pełnych Lat Ubezpieczenia i wszystkie składki za Umowę Główną w tym okresie zostaną opłacone, to w przypadku rozwiązania Umowy z innego powodu niż Twoja śmierć zwrócimy Ci także odpowiedni procent składek za ubezpieczenie na całe życie. Procent ten wskazujemy w Dokumentacie Ubezpieczenia oraz w Wykazie Opłat i Limitów. Procent ten zależy od tego, za ile pełnych Lat Ubezpieczenia są opłacone składki za ubezpieczenie na całe życie.
- Kwoty, które wskazujemy wyżej wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od dnia rozwiązania Umowy – przelewem na jeden rachunek bankowy, który wskazujesz, albo w inny uzgodniony z Tobą sposób.

WYPŁATA PIENIĘDZY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

ART. 28 KOMU WYPŁACAMY PIENIĄDZE Z UMOWY GŁÓWNEJ

- Pieniądze z Umowy Głównej wypłacamy Uposażonemu, którego wskazujesz.
- Możesz wskazać więcej niż jednego Uposażonego i określić, jak mamy podzielić wypłatę. Jeśli nie wskażesz tego podziału – dzielimy ją na równe części.
- Możesz zmienić lub odwołać Uposażonego w każdej chwili. Zmiana obowiązuje od dnia, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o zmianie lub odwołaniu Uposażonego.
- Jeśli Uposażony umiera przed Twoją śmiercią albo umyślnie przyczynia się do Twojej śmierci, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
- Jeśli w chwili Twojej śmierci Uposażony, który nie jest osobą fizyczną, już nie istnieje, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
- Jeżeli w chwili Twojej śmierci nie ma Uposażonych, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
- Jeżeli w chwili Twojej śmierci nie ma Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, to pieniądze wypłacamy osobom, które tworzą krąg Twoich ustawowych spadkobierców 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.

ART. 29 ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY Z UMOWY GŁÓWNEJ

- Jeśli Twoja śmierć następuje w Okresie Podwyższonej Ochrony, to wypłacamy:
 - Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie,
 - Sumę Ubezpieczenia oraz
 - Wartość Rachunku.Ponadto, w przypadku Twojej Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
- Jeśli Twoja śmierć następuje po zakończeniu Okresu Podwyższonej Ochrony, to wypłacamy:
 - Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie oraz
 - Wartość Rachunku.Ponadto, w przypadku Twojej Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przed Rocznicą Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
- Jeśli Twoja śmierć następuje w Rocznicę Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ciebie 70 lat lub później, to wypłacamy:
 - Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie oraz
 - Wartość Rachunku.
- Gdy ustalamy wysokość świadczenia, to bierzemy pod uwagę:
 - Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie, Sumę Ubezpieczenia, Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, które obowiązują w dniu Twojej śmierci, oraz
 - Wartość Rachunku, którą obliczamy, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu z dnia Twojej śmierci przez Wartość Jednostki w dniu, w którym otrzymaliśmy:
 - wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia oraz
 - dokumenty, które wskazujemy poniżej – jako wymagane do ustalenia, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna.Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek następuje przed Rocznicą Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach, a śmierć wskutek tego wypadku po tej rocznicy, ale w ciągu 180 dni od wypadku. Gdy ustalamy wysokość tego świadczenia, to bierzemy pod uwagę Sumę Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która obowiązywała w ostatnim dniu przed tą Rocznicą Ubezpieczenia.

ART. 30 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA I KIEDY JE WYPŁACAMY

- Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna, i wypłacić pieniądze z Umowy Głównej, potrzebujemy zawiadomienia o Twojej śmierci oraz:
 - wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia,
 - kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej ten wniosek,
 - skróconego odpisu aktu zgonu, a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci. Jeśli nie jest możliwe dostarczenie nam tych dokumentów, to prosimy o inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło,
 - dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
- Dokumenty, których potrzebujemy do wypłaty pieniędzy z Umowy Dodatkowej, wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
- W ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu, które jest objęte ubezpieczeniem, informujemy osobę uprawnioną, jakich dokumentów potrzebujemy.
- Pieniądze wypłacamy w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy, który należy do osoby uprawnionej albo w inny sposób, który uzgadniamy z tą osobą.

- Pieniądze wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy wypłata przysługuje i w jakiej wysokości, to pieniądze wypłacamy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
- Jeśli odmawiamy wypłaty lub wypłacamy część kwoty wskazanej we wniosku o wypłatę, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.

ART. 31 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY GŁÓWNEJ

- Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie ani Sumy Ubezpieczenia, jeśli Twoja śmierć następuje:
 - w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
 - w wyniku Twojego czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w rozruchach lub zamieszkach,
 - w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli uczestniczyłeś w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywałeś czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
 - w związku z Twoim udziałem jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Aktach Przemocy innych niż te, które wymieniamy powyżej,
 - w związku z Twoim udziałem w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym.W takiej sytuacji wypłacamy Wartość Rachunku. Obliczamy ją, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu z dnia Twojej śmierci przez Wartość Jednostki w dniu, w którym otrzymaliśmy:
 - wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia oraz
 - dokumenty, które wskazujemy powyżej jako wymagane do ustalenia, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna.
- Poza okolicznościami, które wskazujemy w punkcie powyżej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, wskutek którego następuje Twoja śmierć, został spowodowany lub miał miejsce:
 - w związku ze spożyciem przez Ciebie alkoholu, zażyciem 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 Ciebie alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ciebie przestępstwa,
 - w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywałeś – chyba że jesteś pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
 - w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ciebie lub Twoim udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
 - w związku z wykonywaniem przez Ciebie pracy lub obowiązków jako:
 - żołnierz, funkcjonariusz lub osoba wyznaczona do realizacji zadań w ramach jednostek wojskowych lub służb specjalnych instytucji bezpieczeństwa i ochrony państwa,
 - ratownik w ratownictwie: lotniczym, wodnym, górskim, górniczym lub jaskiniowym,
 - sprawozdawca, dziennikarz, fotoreporter – w rejonach objętych wojną lub wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi,
 - saper, pirotechnik, nurek, kaskader,
 - artysta cyrkowy, akrobata, opiekun lub treser zwierząt cyrkowych,lub w związku z Twoją pracą:
 - z materiałami wybuchowymi, toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi,

- pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, na platformach wiertniczych lub w górnictwie naftowym.

ART. 32 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

- Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, ani nie realizujemy świadczeń, które przewiduje ta umowa, jeśli zdarzenie, które obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej umowie, następuje:
 - w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
 - w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa osoby ubezpieczonej w rozruchach lub zamieszkach,
 - w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli osoba ubezpieczona uczestniczyła w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywała czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
 - w związku z udziałem osoby ubezpieczonej jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Aktach Przemocy innych niż te, które wymieniamy powyżej,
 - w związku z udziałem osoby ubezpieczonej w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym.
- Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, ani nie realizujemy świadczeń, które przewiduje ta umowa, także w innych okolicznościach, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 33 DLACZEGO PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE I JAK JE ZBIERAMY

- Gromadzimy i przetwarzamy tylko te dane osobowe, które są konieczne, abyśmy mogli zawrzeć Umowę i ją wykonywać. Jesteśmy administratorem tych danych.
- Źródłem danych osobowych są dokumenty, które otrzymujemy, zanim zawrzemy Umowę lub w czasie jej trwania (formularze, wnioski o wypłatę, zawiadomienia).
- Przetwarzamy dane osób, które:
 - chcą zawrzeć z nami Umowę i chcą być objęte ochroną ubezpieczeniową,
 - są uprawnione, aby otrzymać wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
- Zgromadzone przez nas dane osobowe przetwarzamy w związku z tym, że zawieramy Umowę oraz na podstawie:
 - zgód osób, których te dane dotyczą,
 - przepisów prawa, w szczególności ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami,
 - naszego prawnie uzasadnionego interesu, którym jest zawarcie i wykonanie Umowy oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
- Zgromadzone dane możemy wykorzystać do:
 - oceny ryzyka ubezpieczeniowego również na podstawie wiedzy o stanie zdrowia Ubezpieczonego Głównego i Ubezpieczonego,
 - ustalenia zasadności i wysokości wypłaty.
 W czasie wykonywania takich czynności podejmujemy zautomatyzowane decyzje, które opierają się na profilowaniu danych. Profilowanie to dobór produktów ubezpieczeniowych, obliczanie składki lub wysokości wypłaty.
- Osoba, której dane przetwarzamy, ma prawo:
 - dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim

- podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes administratora,
- do otrzymania wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionowania tej decyzji, wyrażenia własnego stanowiska oraz żądania rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika,
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
 - wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
 - przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Osoba, której dane przetwarzamy, przekazane dane osobowe może przesłać innemu administratorowi danych.
- Dane osobowe, które przetwarzamy, możemy przekazać:
 - innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia,
 - Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - administracji skarbowej, na podstawie przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami,
 - podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, orzecznikom medycznym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora,
 - innym podmiotom w celach marketingowych – pod warunkiem, że uzyskamy zgodę osoby, której dane dotyczą.
 - Twoje dane oraz dane Ubezpieczonych możemy uzyskać od innych ubezpieczycieli oraz podmiotów świadczących usługi medyczne na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą – jeśli oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe lub rozpatrujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
 - Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom, które mają siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator, na wniosek osoby, której dane osobowe dotyczą, udostępni kopię tych zabezpieczeń.
 - Dane osobowe przetwarzamy do:
 - dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z tej Umowy lub
 - ostatniego dnia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w zależności od tego, których z tych dni jest późniejszy.
 - Szczegółowy opis sposobu, w jaki przetwarzamy dane osobowe, umieszczamy na naszej stronie internetowej, w Polityce prywatności.

ART. 34 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

- Reklamacja, w tym skarga i zażalenie, to zastrzeżenie, które dotyczy naszych usług. Reklamację możesz złożyć Ty, Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony Zastępczy, inny uprawniony z Umowy, osoba poszukująca ochrony ubezpieczeniowej.
- Reklamację rozpatruje nasz zarząd lub upoważnieni przez niego pracownicy – w ciągu 30 dni od jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają nam udzielenie odpowiedzi w tym okresie:

- a) wyjaśniamy osobie składającej reklamację, jaka jest przyczyna opóźnienia,
 - b) wskazujemy okoliczności, które musimy ustalić, by rozpatrzyć sprawę, oraz
 - c) określamy, jaki przewidujemy termin udzielenia odpowiedzi – nie może on jednak przekroczyć 60 dni od otrzymania reklamacji.
3. Reklamację można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
- a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - 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 naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl, e-mailem: skargi@allianz.pl lub na adres do e-doręczeń: AE:PL-73604-64978-TAJBC-22.
- Na życzenie osoby, która składa reklamację, przekazujemy potwierdzenie jej złożenia. Forma potwierdzenia zależy od sposobu złożenia reklamacji.
4. Osoba, która składa reklamację, powinna podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jej identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL. Przyspieszy to rozpatrzenie reklamacji.
 5. O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadomimy osobę, która ją złożyła, na piśmie. Na wniosek osoby, która składa reklamację, udzielamy odpowiedzi pocztą elektroniczną.
 6. Osoba, która składa reklamację, może odwołać się od naszej decyzji. Jeśli nie uwzględnimy roszczeń tej osoby, może ona złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Rzecznik Finansowy prowadzi postępowanie w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich. Udział w takim postępowaniu jest dla nas obowiązkowy (szczegółowe informacje znajdują się na stronie: www.rf.gov.pl).
 7. Osoba fizyczna, która jest Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia, ma prawo wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego.
 8. Konsument ma prawo zwrócić się także o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.
 9. Ty, Ubezpieczony i inna osoba uprawniona z Umowy macie prawo złożyć pozew do właściwego sądu.
 10. Nasza działalność podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. Przy Komisji Nadzoru Finansowego działa Sąd Polubowny, uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, które wynikają ze stosunków umownych pomiędzy nami a odbiorcami usług, które świadczymy (nasz udział w takim postępowaniu wymaga naszej zgody). Szczegółowe informacje są dostępne na stronie: www.knf.gov.pl

ART. 36 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

1. Pieniądze z ubezpieczenia wypłacamy zgodnie z przepisami prawa podatkowego – wskazujemy je w polisie.
2. Ty i Ubezpieczony możecie przenieść prawa, które wynikają z Umowy, na inne osoby, jednak tylko za naszą zgodą.
3. Korespondencję związaną z Umową przesyłamy na ostatni podany przez Ciebie adres e-mail albo w inny sposób, który z Tobą uzgadniamy.
4. Korespondencję, która dotyczy wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia, kierujemy:
 - a) na ostatni znany nam adres Uposażonego, Uposażonego Zastępczego lub innego uprawnionego z Umowy,
 - b) na ostatni adres e-mail, który te osoby podały – jeśli zgodziły się na taką formę – albo
 - c) w inny uzgodniony z tymi osobami sposób.
5. Oświadczenia, zawiadomienia i dyspozycje, które dotyczą Umowy, możesz składać:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl albo
 - c) w inny, uzgodniony z nami sposób.
 Oświadczenie dotyczące odstąpienia od Umowy możesz złożyć w dowolnej formie. Reklamację na nasze usługi możesz złożyć w sposób wskazany w art. „Jak złożyć reklamację”.

Dyspozycje, czyli oświadczenia, powiadomienia i wnioski, które pisemnie składasz w związku zawarciem i wykonaniem tej Umowy, muszą być podpisane zgodnie ze wzorem podpisu, który przekazujesz nam przed zawarciem Umowy, chyba że umówimy się inaczej.
6. Dyspozycje muszą zawierać dane, które umożliwiają identyfikację: Ciebie, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z Umowy. W przypadku braku tych danych powiadomimy o tym osobę, która składa dyspozycję. Realizujemy dyspozycje, które zawierają kompletne i prawidłowe informacje.
7. Wszystkie dokumenty, które dotyczą Umowy przygotowujemy w języku polskim.
8. Dokumenty, które otrzymujemy od Ciebie, Ubezpieczonego, Uposażonego, Uposażonego Zastępczego lub innego uprawnionego z Umowy, powinny być napisane w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z przepisami prawa, a w razie braku takiego uwierzytelnienia – przez polską placówkę dyplomatyczną.
9. Informacje o naszej wypłacalności i kondycji finansowej udostępniamy na naszej stronie internetowej.

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 59/2025 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków o ubezpieczenie złożonych od 10 maja 2025 r.

ART. 35 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

1. Umowa podlega przepisom prawa polskiego.
2. Pozew w sprawach związanych z Umową można złożyć do sądu:
 - a) właściwego dla naszej siedziby – według przepisów o właściwości ogólnej,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby:
 - Twojego lub Twojego spadkobiercy,
 - uprawnionego z Umowy lub jego spadkobiercy.

WYKAZ OPŁAT I LIMITÓW (WO/TZI/4/2024)

1. Minimalna Składka Ochronna

| | |
|---|-------|
| Minimalna Składka Ochronna w Okresie Podwyższonej Ochrony | 70 zł |
| Minimalna składka za pięcioletniego Ubezpieczonego | 25 zł |

2. Minimalne i maksymalne Składki Kapitałowe

| | Minimalna | Maksymalna |
|------------------------------|-----------|------------|
| Regularna Składka Kapitałowa | 80 zł | 500 zł |
| Dodatkowa Składka Kapitałowa | 500 zł | 500 000 zł |

3. Minimalny wskaźnik Indeksacji: 2%

4. Procent składek za ubezpieczenie na całe życie, który zwracamy, jeśli Umowa Główna rozwiązuje się z innego powodu niż Twoja śmierć:

| Pełne Lata Ubezpieczenia, za które zostały opłacone składki za ubezpieczenie na całe życie | Procent składek za ubezpieczenie na całe życie |
|--|--|
| Do 10 lat | 0% |
| 11 | 20% |
| 12 | 25% |
| 13 | 30% |
| 14 | 35% |
| 15 | 40% |
| 16 | 45% |
| 17 | 50% |
| 18 | 55% |
| 19 | 60% |
| 20 | 65% |
| 21 | 70% |
| 22 | 75% |
| 23 | 80% |
| 24 | 85% |
| 25 lat i więcej | 90% |

5. Opłata za zarządzanie i administrację Funduszem

Wysokość kosztów, które ponosisz w związku z zarządzaniem i administracją danym Funduszem jest wskazana w tabelach poniżej.

A. Opłaty dla Funduszy, których środki inwestujemy w jednostki uczestnictwa Subfunduszy inwestycyjnych otwartych zarządzanych przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A. (dalej Allianz TFI):

| Nazwa Funduszu | Opłata w skali roku ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów netto każdego z Funduszy |
|----------------------------|---|
| UFK Strategia Obligacyjna | 0,95% |
| UFK Strategia Stabilna | 1,65% |
| UFK Strategia Zrównoważona | 1,80% |
| UFK Strategia Akcyjna | 1,95% |

Allianz TFI pobiera wynagrodzenie za zarządzanie danymi Subfunduszami inwestycyjnymi, których jednostki wchodziły w skład aktywów Funduszy, jednak my, pobierając opłatę wskazaną w tabeli powyżej, pomniejszamy ją o wynagrodzenie pobierane przez Allianz TFI.

B. Opłata dla Funduszu, którego środki inwestujemy w tytuły uczestnictwa Subfunduszu zarządzanego przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny Allianz Global Investors Fund:

| Nazwa Funduszu | Opłata w skali roku ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów netto każdego z Funduszy |
|----------------------------------|---|
| UFK Strategia Akcji Europejskich | 1,40% |

W przypadku Subfunduszu Allianz Global Investors Fund aktywa Funduszu obciążone są także pośrednio opłatą za zarządzanie, pobieraną przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny. Wysokość opłaty za zarządzanie, pobieranej przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny prezentujemy na naszej stronie internetowej: https://www.allianz.pl/pl_PL/dla-ciebie/zycie-i-zdrowie/ubezpieczeniowe-fundusze-kapitalowe/strategia-akcji-europejskich.html. Jest ona także uwzględniona we wskaźniku kosztów całkowitych.

6. Oprócz wyżej wskazanych kosztów, aktywa Funduszu mogą być obciążone także pośrednio kosztami operacyjnymi Subfunduszy, które zostały uwzględnione w wyliczeniach prezentowanych w dokumencie zawierającym kluczowe informacje (KID) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 z dnia 26 listopada 2014 r. w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) z późniejszymi zmianami.

7. Opłata Dystrybucyjna

a) obliczana od wysokości każdej wpłaconej Regularnej Składki Kapitałowej, której termin płatności przypada w 1. Roku Ubezpieczenia: 4%,
b) obliczana od wysokości każdej wpłaconej Dodatkowej Składki Kapitałowej: 1%

zgodnie z zapisami Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”.

8. Opłata z tytułu odstąpienia od Umowy w ciągu 60 dni od dnia, w którym po raz pierwszy otrzymujesz od nas roczną informację o Wartości Rachunku: 4% Wartości Rachunku

9. Opłata w razie rozwiązania Umowy w pierwszych 3 latach jej trwania: 250 zł.

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu nr 20/2024 i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 16 marca 2024 r.

REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH (RUFK/TZ/8/2024)

Dokument ten zawiera informacje o ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych, które mogą być dostępne w ramach umowy ubezpieczenia „Twój Plan” i Umowy dodatkowej na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie”, oraz ich celach i zasadach działania.

W ogólnych warunkach ubezpieczenia tych umów znajdziesz definicje pojęć, którymi posługujemy się także w tym dokumencie:

- Dzień Roboczy,
- Dodatkowa Składka Kapitałowa,
- Jednostki Funduszu (Jednostki),
- Rachunek,
- Regularna Składka Kapitałowa,
- Ubezpieczony,
- Uposażony,
- Uposażony Zastępczy,
- Wartość Jednostki Funduszu (Wartość Jednostki).

I. CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Dzień Wyceny** – dzień, na który wyceniamy aktywa Funduszu, ustalamy Wartość Aktywów Netto Funduszu oraz Wartość Jednostki
2. **Subfundusz** – subfundusz funduszy inwestycyjnych otwartych lub Zagranicznych Funduszy Inwestycyjnych, w którego jednostki uczestnictwa lub tytuły uczestnictwa, dalej łącznie zwane jednostkami uczestnictwa, Fundusz lokuje swoje aktywa
3. **Profil Inwestycyjny** – nasza ocena tego, jakim jesteś inwestorem, czyli jaki poziom ryzyka inwestycyjnego akceptujesz oraz jakie są Twoje oczekiwania dotyczące zysków z inwestycji. Profil ten określamy na podstawie Twoich odpowiedzi na pytania z ankiety potrzeb, które dotyczą Twojej wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie, sytuacji finansowej oraz akceptowanego poziomu ryzyka inwestycyjnego. W Profilu Inwestycyjnym wskazujemy również Fundusze dostępne dla danego profilu. Jeśli nie odpowiesz na pytania z ankiety potrzeb, to nie mamy możliwości określenia Twojego Profilu Inwestycyjnego oraz wskazania dostępnych dla Ciebie Funduszy. W takiej sytuacji możesz zawrzeć Umowę wyłącznie na żądanie
4. **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK, Fundusz)** – część naszych aktywów, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z tym dokumentem. Fundusze różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz inwestują w jednostki uczestnictwa różnych kategorii funduszy i subfunduszy inwestycyjnych, a przez to pośrednio w wiele instrumentów finansowych (np. obligacje, akcje, instrumenty rynku pieniężnego)
5. **Umowa** – Umowa dodatkowa na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie” albo umowa ubezpieczenia „Twój Plan”, która przewiduje ochronę ubezpieczeniową w zakresie, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy oraz inwestowanie Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej w Fundusze
6. **Wartość Aktywów Netto Funduszu** – wartość aktywów Funduszu pomniejszona o jego zobowiązania
7. **Wartość Godziwa** – kwota, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie – uregulowane, na warunkach transakcji rynkowej; sposób ustalania tej wartości reguluje Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości z późniejszymi zmianami
8. **Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny** – fundusz inwestycyjny otwarty zarządzany przez spółkę, która uzyskała zezwolenie właściwego organu w państwie członkowskim Unii Europejskiej na prowadzenie działalności zgodnie z prawem wspólnotowym regulującym zasady zbiorowego inwestowania w papiery wartościowe

II. JAKIE FUNDUSZE MOGĄ BYĆ DOSTĘPNE W UMOWIE

1. W zależności od Twojego Profilu Inwestycyjnego w Umowie mogą być dostępne następujące Fundusze:
 - a) Fundusz Strategia Obligacyjna,
 - b) Fundusz Strategia Stabilna,
 - c) Fundusz Strategia Zrównoważona,
 - d) Fundusz Strategia Akcyjna,
 - e) Fundusz Strategia Akcji Europejskich.
2. Lista Funduszy, którą wskazujemy powyżej może ulegać zmianom w czasie trwania Umowy. Aktualna lista Funduszy oraz informacje o zasadach ich działania znajdują się na stronie www.allianz.pl.

III. CZYM JEST FUNDUSZ I JAK LOKUJEMY AKTYWA FUNDUSZY

1. Fundusz tworzą wyodrębnione aktywa, które zbieramy i inwestujemy zgodnie z Umową i tym Regulaminem.
2. Aktywa Funduszy są naszą własnością. Decydujemy o formach, kierunkach i sposobach ich inwestowania, zarządzania oraz przechowywania. Ty, Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony Zastępczy ani inne osoby uprawnione z Umowy nie możesz żądać wydzielenia poszczególnych aktywów przypisanych do danego Funduszu.
3. Aktywa Funduszy lokujemy z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych, które są określone w obowiązujących nas przepisach.
4. Określamy minimalny i maksymalny udział poszczególnych rodzajów aktywów w łącznej wartości aktywów Funduszu. Kiedy ustalamy te limity, bierzemy pod uwagę:
 - a) cel inwestycyjny Funduszu oraz
 - b) profil ryzyka inwestycyjnego Funduszu.Jeśli przekroczyliśmy dany limit, to niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia przekroczenia limitu, dostosowujemy stan aktywów Funduszu do tego limitu.

IV. JAKIE SĄ ZASADY TWORZENIA I UMARZANIA JEDNOSTEK ORAZ ZASADY I TERMINY ICH WYCENY

1. Jednostki powstają w momencie wprowadzenia aktywów do Funduszu. Wartość aktywów dodanych do dotychczasowych aktywów Funduszu zostaje podzielona przez Wartość Jednostki danego Funduszu, która obowiązuje w dniu powstania tej Jednostki.
2. Umorzenie Jednostek oznacza zmniejszenie aktywów Funduszu. Wartość aktywów, które wycofujemy z Funduszu, jest równa iloczynowi liczby umorzonych Jednostek oraz Wartości Jednostki, która obowiązuje w dniu ich umorzenia.
3. Wartość Jednostki ustalamy dzieląc Wartość Aktywów Netto Funduszu przez liczbę wszystkich Jednostek danego Funduszu.
4. Wartość Jednostek Funduszy określamy na każdy Dzień Roboczy oraz na każdy ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
5. Wyceny Jednostek dokonujemy w 1. Dniu Roboczym po dniu, na który ustalamy wartość tych Jednostek.
6. Wycena Jednostki może zostać opóźniona lub może nie zostać dokonana, jeżeli z przyczyn niezależnych od nas nie dokonano wyceny jednostek uczestnictwa Subfunduszu, w które lokowane są aktywa Funduszu. W takim przypadku – przez okres, w jakim nie jest możliwe ustalenie wartości Jednostki Funduszu – nie są tworzone ani umarzane Jednostki tego Funduszu. Operacje te są realizowane niezwłocznie po ustaniu tych przeszkód, zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
7. Wartość Jednostki jest podawana z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

V. JAKIE SĄ ZASADY WYCENY AKTYWÓW FUNDUSZU

1. Aktywa Funduszu wyceniamy zgodnie z zasadami określonymi w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności w przepisach o rachunkowości.
2. Aktywa Funduszu wyceniamy według Wartości Godziwej, która pozwala na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny.
3. Wartość aktywów Funduszu ustalamy na Dzień Wyceny na podstawie wartości z dnia wyceny jednostki uczestnictwa Subfunduszu, w którego jednostki uczestnictwa lokowane są środki Funduszu.

VI. W JAKI SPOSÓB ZMIENIAMY LISTĘ FUNDUSZY, KTÓRE OFERUJEMY W RAMACH UMOWY

1. Mamy prawo zmienić listę Funduszy, które są dostępne w Umowie. Zmiana może polegać na likwidacji Funduszu, dodaniu nowego Funduszu lub zmianie polityki inwestycyjnej Funduszu.
2. Mamy prawo zlikwidować Fundusz lub zmienić politykę inwestycyjną Funduszu z istotnych przyczyn, tj. w wyniku:
 - a) likwidacji funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - b) zmiany sytuacji prawnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - c) istotnej zmiany polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - d) połączenia funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu z innym funduszem inwestycyjnym lub Subfunduszem,
 - e) rozwiązania z inicjatywy towarzystwa funduszy inwestycyjnych zarządzającego funduszem inwestycyjnym lub Subfunduszem (dalej: TFI), umowy z nami, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami,
 - f) objęcia TFI lub rynku, na którym działa lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - g) objęcia akcjonariusza TFI jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - h) rozwiązania z naszej inicjatywy umowy z TFI, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami, z powodu:
 - rażącego naruszenia warunków tej umowy lub rażącego naruszenia wykonywania umowy lub
 - utraty zaufania do TFI spowodowanej nałożeniem na TFI kary przez Komisję Nadzoru Finansowego lub Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów,
 - podniesienia przez TFI opłat pobieranych przez TFI z aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - zaistnienia uzasadnionych przesłanek, które wskazują na zagrożenie wypłacalności TFI,o ile jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, który podlega jednej z wyżej wymienionych zmian stanowią ponad 30% aktywów Funduszu lub gdy zmiana uniemożliwia realizację polityki inwestycyjnej Funduszu lub powoduje brak możliwości funkcjonowania Funduszu.
3. Niezależnie od treści ust. 2 powyżej mamy prawo zmienić politykę inwestycyjną Funduszu – poprzez usunięcie możliwości lokowania środków Funduszu w jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, w który lokowane są aktywa Funduszu z uwagi na rozwiązanie z naszej inicjatywy umowy z TFI, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami, z powodu:
 - a) objęcia TFI lub rynku, na którym działa lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - b) objęcia akcjonariusza TFI jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje.
4. Istotną przyczyną likwidacji Funduszu lub zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu są również okoliczności niezależne od nas, które powodują brak możliwości funkcjonowania Funduszu na warunkach wskazanych w Umowie. Takimi okolicznościami w szczególności są zmiany w przepisach prawa, nowe wytyczne i rekomendacje wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz zmiany w otoczeniu makroekonomicznym, które skutkują brakiem możliwości realizacji celu inwestycyjnego we wskazanym horyzoncie inwestycyjnym.

5. Informację o planowanej zmianie udostępniamy z co najmniej 3-miesięcznym wyprzedzeniem. Jeśli z przyczyn od nas niezależnych nie jest możliwe udostępnienie informacji z takim wyprzedzeniem, to przekazujemy ją niezwłocznie po powzięciu przez nas informacji o konieczności wprowadzenia zmiany.
6. Informację o zmianie udostępnimy w szczególności za pośrednictwem Twojego indywidualnego konta w internetowym serwisie obsługi na stronie www.allianz.pl lub pisemnie.
7. Informacja o planowanym dodaniu nowego Funduszu zawiera jego nazwę, datę utworzenia oraz opis polityki inwestycyjnej.
8. Informacja o planowanej zmianie zawiera:
 - a) nazwy Funduszy, które będą podlegać zmianie, i datę, od której ta zmiana będzie obowiązywać,
 - b) opis polityki inwestycyjnej Funduszu – w przypadku zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu,
 - c) termin, w którym możesz złożyć:
 - wniosek o przeliczenie Jednostek Funduszu, który podlega zmianie, na Jednostki innego Funduszu,
 - oświadczenie o wyborze Funduszu, w którego Jednostki będzie alokowana część albo całość Regularnej Składki Kapitałowej, która dotychczas była alokowana w Jednostki Funduszu, który podlega zmianie.
9. W dniu likwidacji Funduszu przeniesiemy środki zgromadzone przez Ciebie w Funduszu, który podlega zmianie:
 - a) do innego, dostępnego w ramach Twojego Profilu Inwestycyjnego Funduszu, który wskazujesz w swoim wniosku lub oświadczeniu. Jeżeli wskazujesz Fundusz spoza swojego Profilu Inwestycyjnego, to taką dyspozycję składasz pisemnie i traktujemy ją jako wniosek o zmianę warunków Umowy na Twoje żądanie, albo
 - b) jeśli nie złożysz takiego wniosku lub oświadczenia albo dokumenty te nie będą zgodne z postanowieniami Umowy – do Funduszu, którego cel inwestycyjny oraz strategia lokowania aktywów są najbardziej zbliżone do celu inwestycyjnego oraz strategii lokowania aktywów Funduszu, który podlega zmianie; Fundusz ten wybieramy zgodnie z naszą najlepszą wiedzą i wskazujemy go w informacji o planowanej zmianie.

VII. ZASADY I KRYTERIA DOBORU LOKAT, KTÓRE STOSUJEMY, GDY PODEJMUJEMY DECYZJĘ O LOKOWANIU AKTYWÓW FUNDUSZY

Aktywa Funduszy lokujemy w dominującym stopniu w jednostki uczestnictwa Subfunduszy. Podstawowe informacje o polityce inwestycyjnej poszczególnych Subfunduszy znajdziesz w ostatniej części tego dokumentu: „W jakie Subfundusze mogą być lokowane aktywa Funduszy”. Podstawą decyzji o doborze Subfunduszy do Funduszu jest przede wszystkim zgodność polityki inwestycyjnej poszczególnych Subfunduszy z celem inwestycyjnym Funduszu oraz ocena efektywności zarządzania Subfunduszami.

VIII. JAKIE RYZYKA INWESTYCYJNE WIĄŻĄ SIĘ Z INWESTOWANIEM W JEDNOSTKI

1. Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem środków w Fundusze, niezależnie od innych podziałów lub klasyfikacji, które wynikają z odrębnych przepisów prawa, na potrzeby tego Regulaminu podzieliliśmy na 3 grupy:
 - a) niskie ryzyko inwestycyjne,
 - b) średnie ryzyko inwestycyjne oraz
 - c) wysokie ryzyko inwestycyjne.
2. Gdy decydujesz się na inwestowanie w Jednostki, weź pod uwagę ryzyka inwestycyjne związane z polityką inwestycyjną każdego Funduszu wraz z limitami inwestycyjnymi, które określają w szczególności proporcje między lokatami Funduszu w jednostki uczestnictwa poszczególnych rodzajów Subfunduszy.
3. Do najważniejszych ryzyk inwestycyjnych, które trzeba wziąć pod uwagę, należą:
 - a) **ryzyko nieosiągnięcia oczekiwanej stopy zwrotu**, a w szczególności nieosiągnięcia dochodu z inwestycji w Jednostki w związku z przyjętymi, w ramach polityki inwestycyjnej, proporcjami pomiędzy poszczególnymi rodzajami aktywów oraz selekcją poszczególnych składników aktywów Funduszy, głównie jednostek uczestnictwa Subfunduszy,
 - b) **ryzyko rynkowe**, które przejawia się zmiennością cen instrumentów finansowych w wyniku ogólnych tendencji na rynkach finansowych w kraju i na świecie; w szczególności nie możesz wykluczyć możliwości wystąpienia silnych spadków lub długoterminowego trendu spadkowego cen Jednostek Funduszy,

- c) **ryzyko kredytowe** emitentów instrumentów finansowych, a także ryzyko, które wynika z pogorszenia kondycji finansowej emitenta, w tym obniżenia jego wiarygodności kredytowej, co może spowodować spadek cen jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a w związku z tym również spadek cen Jednostek Funduszy,
- d) **ryzyko specyficzne dotyczące w szczególności instrumentów udziałowych**, związane z sytuacją poszczególnych spółek (emitentów) i ich kondycją finansową, której pogorszenie może spowodować zmniejszenie ceny akcji i innych instrumentów finansowych; ryzyko to ograniczamy poprzez lokowanie aktywów Funduszu w jednostki uczestnictwa Subfunduszy, których portfele papierów wartościowych są zdywersyfikowane,
- e) **ryzyko płynności** wynikające z możliwości wystąpienia sytuacji, w której ze względu na niskie obroty danym instrumentem finansowym nie jest możliwe dokonanie transakcji pakietem tych instrumentów finansowych bez znaczącego wpływu na ich ceny, co może niekorzystnie wpłynąć na ceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a przez to ceny Jednostek Funduszy. Ryzyko płynności obejmuje również ryzyko wstrzymania odkupień jednostek uczestnictwa Subfunduszy, wchodzących w skład aktywów Funduszy,
- f) **ryzyko walutowe**, związane z możliwością straty lub zmniejszenia zysku w wyniku niekorzystnych zmian kursów walut; zmiany te negatywnie wpływają na wartość składników aktywów lub zobowiązania Funduszu, a przez to także na cenę Jednostki,
- g) **ryzyko inflacji**, które może wpłynąć na ceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a przez to ceny Jednostek Funduszy oraz wpływa na wysokość zrealizowanej przez Fundusze realnej stopy zwrotu,
- h) **ryzyko likwidacji funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy, która to likwidacja może prowadzić do sprzedaży aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu po zaniżonych cenach, co może skutkować tym, że stracisz część lub całość zgromadzonych przez Ciebie środków,
- i) **ryzyko zmiany polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy, co może negatywnie wpłynąć na wartość zgromadzonych przez Ciebie środków.
4. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w Jednostki ponosisz Ty oraz osoba uprawniona do otrzymania wypłaty z tytułu śmierci.

IX. JAKIE FUNDUSZE SĄ DOSTĘPNE W POSZCZEGÓLNYCH PROFILACH INWESTYCYJNYCH

1. Profile Inwestycyjne oraz dostępne w ramach tych Profili Fundusze wskazujemy w tabeli:

| Profil Inwestycyjny (od najniższego do najwyższego ryzyka inwestycyjnego) | Dostępne Fundusze | Ryzyko inwestycyjne |
|--|--|--|
| Ostrożny W tym profilu ochrona kapitału oraz stabilność inwestycji są najważniejsze. Poziom ryzyka inwestycyjnego jest niski, okresowo średni. Zwrot z inwestycji może być jednak niższy niż poziom inflacji, a w pewnych okresach nawet ujemny. | Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Obligacyjna Fundusz jest przeznaczony dla osób, które akceptują jedynie niski (okresowo średni) poziom ryzyka i oczekują stabilnego wzrostu oszczędności. | Niskie, okresowo średnie |
| Umiarkowany W tym profilu oprócz ochrony kapitału istotne jest również uzyskanie dochodu przy akceptacji średniego poziomu ryzyka inwestycyjnego. | Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Stabilna Fundusz jest przeznaczony dla osób, które oczekują stabilnego wzrostu oszczędności w średnim okresie, przy akceptacji średniego ryzyka inwestycyjnego, a jednocześnie akceptują okresowo podwyższoną zmienność ceny Jednostki Funduszu. | Średnie |
| | Inny Fundusz dostępny w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Obligacyjna | Niskie, okresowo średnie |
| Zrównoważony W tym profilu charakterystyczna jest średnia tolerancja ryzyka inwestycyjnego. Inwestorzy oczekują wzrostu wartości inwestycji w długim okresie, a poziom ryzyka inwestycyjnego jest średni. | Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Zrównoważona Fundusz jest przeznaczony dla osób, których celem jest osiągnięcie wysokich dochodów z inwestycji w długim horyzoncie inwestycyjnym, przy niższym ryzyku niż w przypadku funduszy akcyjnych ale jednocześnie przy akceptacji wyższej zmienności niż w przypadku Profilu Umiarkowanego. | Średnie |
| | Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Stabilna Fundusz Strategia Obligacyjna | Średnie Niskie, okresowo średnie |
| Dynamiczny W tym profilu charakterystyczna jest skłonność do ponoszenia wysokiego ryzyka inwestycyjnego w oczekiwaniu na wysokie stopy zwrotu. | Fundusze rekomendowane: Fundusz Strategia Akcyjna Fundusz Strategia Akcji Europejskich Oba te Fundusze są przeznaczone dla osób oczekujących w długim horyzoncie inwestycyjnym wysokich dochodów poprzez inwestycje na rynkach akcji (Fundusz Strategia Akcyjna) lub w dominującym stopniu na europejskich rynkach akcji (Fundusz Strategia Akcji Europejskich), które charakteryzują się jednocześnie wysoką zmiennością. | Wysokie Wysokie |
| | Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Zrównoważona Fundusz Strategia Stabilna Fundusz Strategia Obligacyjna | Średnie Średnie Niskie, okresowo średnie |

2. Twój Profil Inwestycyjny oraz Fundusze, które są dostępne w ramach tego profilu, wskazujemy w rekomendacji ubezpieczenia, którą przedstawiamy po wypełnieniu przez Ciebie ankiety potrzeb. W czasie trwania Umowy masz dostęp do Funduszy z Twojego Profilu Inwestycyjnego.
3. Jeśli odmawiasz odpowiedzi na pytania z ankiety potrzeb i zawierasz Umowę na żądanie, to masz dostęp do wszystkich Funduszy.
4. Nie rekomendujemy zmian w Umowie z wykorzystaniem Funduszu o wyższym ryzyku inwestycyjnym, niż wynika to z Twojego Profilu

Inwestycyjnego. Jeśli jednak chcesz uzyskać dostęp do takiego Funduszu, składasz pisemny wniosek o zmianę Umowy. W wyniku takiej zmiany będziesz mieć dostęp do Funduszy:

- z Twojego dotychczasowego Profilu Inwestycyjnego oraz
- z Profilu Inwestycyjnego, w którym jest dostępny Fundusz, o który wnioskujesz.

Wprowadzenie takich zmian w Umowie potwierdzamy odrębną korespondencją.

X. JAKIE SĄ CELE ORAZ ZASADY DZIAŁANIA FUNDUSZY

Szczegółowe informacje o wszystkich Subfunduszach, ich celach i polityce inwestycyjnej znajdziesz w następnym części tego dokumentu:

„W jakie Subfundusze mogą być lokowane aktywa Funduszy”.

1. Fundusz Strategia Obligacyjna

| | |
|--|--|
| Cel inwestycyjny Funduszu | Średnioterminowy i stabilny wzrost wartości Jednostki Funduszu |
| Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu | Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu. |
| Ryzyko inwestycyjne Funduszu | Niskie, okresowo średnie |
| Zmienność wartości Jednostki | Wartość Jednostki może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów. |
| Profil Inwestycyjny | Ostrożny |

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Obligacji Dynamiczny
2. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
3. Allianz Obligacji Globalnych
4. Allianz Dochodowy

Zaangażowanie Funduszu Strategia Obligacyjna w jednostki uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy, które wymieniamy wyżej wynosi od 0% do 100% wartości aktywów Funduszu, przy czym łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Obligacyjna w jednostki Subfunduszy będzie wynosiło od 90% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

2. Fundusz Strategia Stabilna

| | |
|--|---|
| Cel inwestycyjny Funduszu | Uzyskanie w długim terminie dochodu poprzez inwestycje w dłużne papiery wartościowe i akcje |
| Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu | Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu. |
| Ryzyko inwestycyjne Funduszu | Średnie |
| Zmienność wartości Jednostki | Wartość Jednostki może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych, zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów oraz stanu koniunktury na rynkach akcji na świecie i w kraju. |
| Profil Inwestycyjny | Umiarkowany |

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Akcji Globalnych
2. Allianz Selektowny
3. Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek
4. Allianz Turbo Akcji
5. Allianz Obligacji Dynamiczny
6. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
7. Allianz Obligacji Globalnych

Łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Stabilna w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze akcyjnym wynosi od 35% do 45% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze akcyjnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 45%), zaś zaangażowanie w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze

dłużnym wynosi od 55% do 65% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze dłużnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 65%).

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

3. Fundusz Strategia Zrównoważona

| | |
|--|--|
| Cel inwestycyjny Funduszu | Uzyskanie w długim terminie dochodu głównie poprzez inwestycje w akcje i dłużne papiery wartościowe |
| Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu | Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu. |
| Ryzyko inwestycyjne Funduszu | Średnie |
| Zmienność wartości Jednostki | Wartość Jednostki może podlegać istotnym zmianom oraz tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od stanu koniunktury na rynkach akcji i obligacji na świecie i w kraju. |
| Profil Inwestycyjny | Zrównoważony |

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Akcji Globalnych
2. Allianz Selektowny
3. Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek
4. Allianz Turbo Akcji
5. Allianz Obligacji Dynamiczny
6. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
7. Allianz Obligacji Globalnych

Łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Zrównoważona w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze akcyjnym wynosi od 55% do 65% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze akcyjnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 65%), zaś zaangażowanie w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze dłużnym wynosi od 35% do 45% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze dłużnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 45%).

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

4. Fundusz Strategia Akcyjna

| | |
|--|--|
| Cel inwestycyjny Funduszu | Uzyskanie dochodu w długim terminie poprzez inwestycje na krajowym i zagranicznych rynkach akcji |
| Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu | Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu. |
| Ryzyko inwestycyjne Funduszu | Wysokie |
| Zmienność wartości Jednostki | Bardzo wysoka (może podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym). Wartość Jednostki w znacznym stopniu zależy przede wszystkim od koniunktury na rynkach akcji na świecie i w kraju. |
| Profil Inwestycyjny | Dynamiczny |

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Akcji Globalnych
2. Allianz Selektowny

3. Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek

4. Allianz Turbo Akcji

Zaangażowanie Funduszu Strategia Akcyjna w jednostki uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy, które wymieniamy wyżej, wynosi od 0% do 100% wartości aktywów Funduszu, przy czym łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Akcyjna w jednostki tych Subfunduszy będzie wynosiło od 90% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, doboranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

5. Fundusz Strategia Akcji Europejskich

| | |
|--|--|
| Cel inwestycyjny Funduszu | Uzyskanie dochodu w długim terminie poprzez inwestycje w dominującym stopniu na europejskich rynkach akcji |
| Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu | Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu. |
| Ryzyko inwestycyjne Funduszu | Wysokie |
| Zmienność wartości Jednostki | Bardzo wysoka (może podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym). Wartość Jednostki zależy przede wszystkim od koniunktury na rynkach akcji, zwłaszcza europejskich. |
| Profil Inwestycyjny | Dynamiczny |

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa Subfunduszu Allianz Europe Equity Growth Select, który jest subfunduszem Zagranicznego Funduszu Inwestycyjnego Allianz Global Investors Fund, ustanowionego jako podmiot SICAV z siedzibą w Luksemburgu i zarządzanego przez spółkę Allianz Global Investors GmbH. SICAV (fr. Societe d'Investissement A Capital Variable) to rozpowszechniony w Europie Zachodniej model prawny spółek inwestycyjnych, w ramach których tworzone są i funkcjonują fundusze inwestycyjne.

Zaangażowanie Funduszu Strategia Akcji Europejskich w jednostki uczestnictwa tego Subfunduszu będzie wynosiło od 80% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dążąc do osiągnięcia celu inwestycyjnego przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami Subfunduszu, do 20% aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

W celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Fundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.

XI. W JAKIE SUBFUNDUSZE MOGĄ BYĆ LOKOWANE AKTYWA FUNDUSZY

1. Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z”, czyli w jedną z kategorii jednostek uczestnictwa zbywanych przez Allianz Fundusz Inwestycyjny Otwarty i jednostki uczestnictwa kategorii „WT EUR”, czyli jedną z kategorii jednostek uczestnictwa zbywanych przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny Allianz Global Investors Fund, następujących Subfunduszy:

| Nazwa Subfunduszu | Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna |
|--|---|
| Allianz Dochodowy, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO | Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje do 100% wartości aktywów w skarbowe instrumenty rynku pieniężnego, skarbowe dłużne papiery wartościowe oraz w instrumenty rynku pieniężnego i dłużne papiery wartościowe gwarantowane lub poręczone przez Skarb Państwa oraz w depozyty w bankach krajowych. Subfundusz może inwestować do 100% wartości aktywów w nieskarbowe instrumenty rynku pieniężnego oraz nieskarbowe dłużne papiery wartościowe pod warunkiem, że ich emitent lub podmiot wystawiający gwarancję lub poręczenie posiada ocenę ratingową na poziomie inwestycyjnym przyznaną przez co najmniej jedną z głównych instytucji ratingowych, z zastrzeżeniem, że maksymalnie do 10% aktywów Subfunduszu dopuszcza się udział papierów nieskarbowych, które nie spełniają powyższego warunku. Subfundusz może również lokować w jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Polski, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, pod warunkiem, że te fundusze lub instytucje wspólnego inwestowania lokują swoje aktywa głównie w nieskarbowe dłużne instrumenty finansowe. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. |
| Allianz Obligacji Globalnych, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO | Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 100% wartości aktywów netto w inne fundusze inwestycyjne dłużne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych lub tytuły uczestnictwa instytucji wspólnego inwestowania mających siedzibę za granicą). Subfundusz lokuje w fundusze inwestycyjne, które inwestują co najmniej połowę aktywów w dłużne papiery wartościowe dopuszczone do obrotu na rynku zorganizowanym w państwie innym niż Polska. Od 0% do 20% wartości aktywów netto może być lokowane w instrumenty dłużne. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. |
| Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO | Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje co najmniej 80% wartości aktywów netto Subfunduszu w nieskarbowe instrumenty rynku pieniężnego, nieskarbowe dłużne papiery wartościowe oraz w jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, pod warunkiem, że wyżej wymienione fundusze lub instytucje wspólnego inwestowania lokują swoje aktywa głównie w nieskarbowe dłużne instrumenty finansowe. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. |

| Nazwa Subfunduszu | Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna |
|--|--|
| Allianz Obligacji Dynamiczny, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO | Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje co najmniej 80% wartości aktywów netto Subfunduszu w dłużne papiery wartościowe oraz instrumenty rynku pieniężnego. Pozostałą część wartości aktywów netto mogą stanowić inne instrumenty dłużne (w tym m.in. depozyty bankowe) oraz jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna przewiduje lokowanie w instrumenty finansowe o charakterze dłużnym. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. |
| Allianz Turbo Akcji, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO | Subfundusz o charakterze akcyjnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 150% wartości aktywów netto w akcje oraz instrumenty finansowe o podobnym poziomie ryzyka. Subfundusz może lokować także w inne fundusze inwestycyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) oraz w instrumenty dłużne. Subfundusz może ponosić ryzyko wyższe niż typowy fundusz inwestycyjny akcyjny. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. |
| Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO | Subfundusz o charakterze akcyjnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 100% wartości aktywów netto w akcje i podobne instrumenty (warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe, obligacje zamienne). Subfundusz lokuje przede wszystkim w akcje oraz inne instrumenty oparte o akcje małych i średnich spółek, przez które rozumie się spółki, których waga w indeksie WIG jest mniejsza niż 2%. Instrumenty dłużne mogą stanowić od 0% do 20% wartości aktywów netto. Inne fundusze inwestycyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) i pozostałe lokaty opisane w statucie mogą stanowić od 0% do 10% wartości aktywów netto. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. |
| Allianz Selektywny, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO | Subfundusz o charakterze akcyjnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 80% do 100% wartości aktywów netto w akcje i podobne instrumenty (warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe i obligacje zamienne). Instrumenty dłużne mogą stanowić od 0% do 20% wartości aktywów netto. Inne fundusze inwestycyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) i pozostałe lokaty opisane w statucie mogą stanowić od 0% do 10% wartości aktywów netto. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. |
| Allianz Akcji Globalnych, subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO | Subfundusz o charakterze akcyjnym, który inwestuje w dominującym stopniu na rynkach zagranicznych. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje przynajmniej 80% wartości aktywów netto w inne fundusze inwestycyjne akcyjne (certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa funduszy zagranicznych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych lub tytuły uczestnictwa instytucji wspólnego inwestowania mających siedzibę za granicą). Subfundusz lokuje w fundusze inwestycyjne, które inwestują przynajmniej połowę swoich aktywów w akcje w krajach innych niż Polska. Od 0% do 20% wartości aktywów netto może być lokowane w akcje i podobne instrumenty (warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe, obligacje zamienne, papiery wartościowe). Od 0% do 20% wartości aktywów netto może być lokowane w instrumenty dłużne. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. |
| Allianz Europe Equity Growth Select subfundusz Allianz Global Investors Fund | Subfundusz o charakterze akcyjnym, który inwestuje w dominującym stopniu w Europie. Cel Subfunduszu: długoterminowy wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Celem inwestycyjnym Subfunduszu jest długoterminowy wzrost kapitału dzięki inwestycjom w dominującym stopniu na europejskich rynkach kapitałowych, ze szczególnym uwzględnieniem akcji spółek wzrostowych posiadających dużą kapitalizację rynkową. Spółki posiadające dużą kapitalizację rynkową to spółki, których kapitalizacja rynkowa w dniu dokonania lokaty wynosi co najmniej 5 mld EUR. Przynajmniej 70% aktywów Subfunduszu jest bezpośrednio inwestowanych w akcje. Spółki wzrostowe są spółkami, które zdaniem zarządzających tym Subfunduszem będą w stanie powiększać skalę działalności czy zwiększać zyski. Nie musi to oznaczać, że ceny ich akcji wzrosną. Na ceny akcji, a przez to także na wynik Funduszu, wpływają także inne czynniki, takie jak np. oczekiwania inwestorów (przykładowo cena akcji spółki, która zwiększa zyski wolniej niż oczekują analitycy, może spaść). W celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne. Subfundusz jest produktem inwestycyjnym, który promuje między innymi aspekt środowiskowy lub społeczny, lub oba te aspekty, chociaż jego celem nie są zrównoważone inwestycje (art. 8 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/2088 z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie ujawniania informacji związanych ze zrównoważonym rozwojem w sektorze usług finansowych). |

2. Informacje o zasadach działania Subfunduszy zarządzanych przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska Spółka Akcyjna, ich polityce inwestycyjnej oraz kryteriach doboru lokat są zawarte w statutach funduszy (inwestycyjnych), prospektach informacyjnych, dokumentach zawierających kluczowe informacje (KID) oraz kartach subfunduszy, dostępnych w dokumentach do pobrania na stronie internetowej www.allianz.pl, w części poświęconej inwestycjom, w zakładce dotyczącej funduszy TFI. Informacje dotyczące

subfunduszu Allianz Europe Equity Growth Select, zarządzanego przez Allianz Global Investors GmbH, są dostępne na stronie <https://lu.allianzgi.com/>, w części Our Funds.

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu 121/2024 i wchodzi w życie 13 grudnia 2024 r.

UMOWA

Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (OT/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|--|--|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 9 |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (OT/TZ/4/2023)

KTO ZAWIERA TYMCZASOWĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (STRONY UMOWY)

Umowę zawierają:
Ubezpieczający (**Ty**) oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (**my**) – na podstawie tego dokumentu (dalej: OWU) oraz Wniosku Ubezpieczeniowego.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

- Akt Terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
- Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
- Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
- Suma Ubezpieczenia** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku śmierci każdego Ubezpieczonego:
 - 35 000 zł – jeśli Ubezpieczony umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i w chwili śmierci jest pełnoletni,
 - 7 000 zł – jeśli Ubezpieczony umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i w chwili śmierci nie jest pełnoletni,
 - 100 zł oraz równowartość składki, którą wpłacasz za tego Ubezpieczonego – jeśli Ubezpieczony umiera z innej przyczyny niż wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
- Ubezpieczający (Ty)** – osoba, która składa Wniosek i zawiera z nami Tymczasową umowę ubezpieczenia na życie
- Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Tymczasowej umowie ubezpieczenia na życie i która jest wymieniona we Wniosku jako Ubezpieczony Główny albo Ubezpieczony
- Umowa Ubezpieczenia** – umowa, którą chcesz z nami zawrzeć na podstawie Wniosku
- Uposażony** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała wypłatę w razie jego śmierci
- Uposażony Zastępczy** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała pieniądze, jeśli w chwili jego śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia
- Wniosek Ubezpieczeniowy (Wniosek)** – Twoja oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia i jednocześnie Tymczasowej umowy ubezpieczenia na życie, którą składasz na przygotowanym przez nas formularzu
- Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
- Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie

- z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koto podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
- Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego.
- W razie śmierci Ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej, także wtedy, gdy śmierć następuje w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia.

ART. 3 JAK ZAWRZEĆ TYMCZASOWĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Tymczasową umowę ubezpieczenia na życie zawierasz z nami na podstawie kompletnego i poprawnie wypełnionego Wniosku.

ART. 4 JAK DŁUGO TRWA TYMCZASOWA UMOWA UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

- Tymczasową umowę ubezpieczenia na życie zawierasz z nami w dniu, w którym nasz agent ubezpieczeniowy przyjmuje Twój Wniosek.
- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po dniu, w którym zawieramy umowę, nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas składki.
- Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie, którą zawierasz z nami na rzecz danego Ubezpieczonego, ulega rozwiązaniu:
 - z końcem dnia, który poprzedza dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w Umowie Ubezpieczenia,
 - w dniu, w którym informujesz nas, że nie akceptujesz warunków Umowy Ubezpieczenia, które przedstawiamy Ci w Dokumencie Ubezpieczenia i które są inne niż określone w Twoim Wniosku,
 - w dniu, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od tej umowy albo o jej wypowiedzeniu,
 - 60 dnia od jej zawarcia, a jeżeli termin ten został przez nas przedłużony – ostatniego dnia tego nowego terminu,
 - w dniu, w którym informujemy Cię, że odmawiamy zawarcia z Tobą Umowy Ubezpieczenia na rzecz tego Ubezpieczonego,
 - w dniu śmierci tego Ubezpieczonego.

ART. 5 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ALBO JĄ WYPOWIEDZIEĆ

Możesz odstąpić od Tymczasowej umowy ubezpieczenia na życie albo ją wypowiedzieć w każdej chwili w czasie trwania tej umowy. W takim przypadku udzielamy ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o odstąpieniu albo o wypowiedzeniu.

ART. 6 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

- Składka za Tymczasową umowę ubezpieczenia na życie jest równa składce za Umowę Ubezpieczenia, która jest wskazana we Wniosku.
- Sposób optacania składek wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Ubezpieczenia.
- Zwracamy Ci składkę za danego Ubezpieczonego, jeśli nie dojdzie do zawarcia Umowy Ubezpieczenia z innego powodu niż śmierć tego Ubezpieczonego.

ART. 7 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli Ubezpieczony umiera, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia.
2. Pieniądże wypłacamy Uposażonym, których Ubezpieczony wskazuje we Wniosku.
3. Jeśli Uposażony umiera przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynia się do jego śmierci, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
4. Jeśli w dniu śmierci Ubezpieczonego Uposażony, który nie jest osobą fizyczną, już nie istnieje, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
6. 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.

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Ubezpieczenia jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej wniosek,
- c) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.

ART. 9 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy Uposażonemu, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, wskutek którego następuje śmierć Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- 1) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
- 2) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,

- 3) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeżeli 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,
- 4) w związku z udziałem Ubezpieczonego jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w aktach przemocy innych niż te, które wskazujemy wyżej,
- 5) w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym,
- 6) 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,
- 7) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 8) 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,
- 9) w związku z Wyczynowym Uprawianiem Sportu lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

ART. 10 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

W sprawach, których nie regulujemy w tym dokumencie, stosujemy ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Ubezpieczenia.

OWU umowy zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Terminowe ubezpieczenie na życie



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (TUŻ/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|--|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 7 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (TUŻ/TZ/4/2023)

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 ułatwią 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,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
2. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera w czasie trwania Umowy Dodatkowej; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
3. **Uposażony** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała wypłatę w razie jego śmierci
4. **Uposażony Zastępczy** – osoba którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała pieniądze, gdy w chwili jego śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 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, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy pełnoletni Ubezpieczony miałby 70 lat lub więcej, a Dziecko miałoby 18 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 5 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Pieniądze z Umowy Dodatkowej wypłacamy Uposażonemu, którego wskazuje Ubezpieczony.
2. Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Uposażonego i określić, jak mamy podzielić wypłatę. Jeśli nie wskaże tego podziału – dzielimy ją na równe części.
3. W każdej chwili Ubezpieczony może zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana obowiązuje od dnia, w którym otrzymujemy jego oświadczenie.
4. Jeśli Uposażony umiera przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynia się do jego śmierci, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
5. Jeśli w dniu śmierci Ubezpieczonego Uposażony, który nie jest osobą fizyczną, już nie istnieje, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
7. 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.
8. Jeśli Ubezpieczony umiera w czasie ochrony ubezpieczeniowej, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu jego śmierci.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej wniosek o wypłatę,
- c) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.

Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności i nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego następuje w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy Dodatkowej.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Poważne zachorowanie

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli zachorujesz na jedną z ponad 50 poważnych chorób, takich jak np.: nowotwór złośliwy, zawał serca, udar mózgu.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie poważnego zachorowania, to **1 000 000 zł**.

Warto wiedzieć

Ubezpieczeniem w razie poważnego zachorowania możesz objąć również dziecko – wersja dla dzieci obejmuje ponad 25 poważnych chorób, takich jak np.: cukrzyca insulinozależna, nowotwory złośliwe i niewydolność nerek.

Zwróć uwagę

Pieniądze wypłacimy Ci po wystąpieniu poważnego zachorowania – nie wymagamy ani faktur za leczenie, ani oświadczeń o wydatkach.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZM/TZ/3/2024)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1 – 5 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 2 ust. 6 – 10 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZM/TZ/3/2024)

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 ułatwią 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,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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.

W ramach za przykładami zamieszczamy komentarze, które ułatwią Ci zrozumienie tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia. Te treści nie zastępują pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia – to po prostu dodatkowe wyjaśnienie dla Ciebie jako naszego Klienta.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

- Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
- 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)
- Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
- Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania z danej grupy. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
- Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania ze wszystkich grup. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
- 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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani jakąkolwiek Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
- Poważne Zachorowanie** – choroba, procedura medyczna lub zaburzenie funkcji organizmu Ubezpieczonego, które:
 - a) wystąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i
 - b) w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji danego Poważnego Zachorowania.
- Poważne Zachorowania**, które są objęte ubezpieczeniem – dla pełnoletnich Ubezpieczonych i Dzieci – oraz ich definicje znajdziesz na końcu tego dokumentu
- Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
- Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Poważnego Zachorowania; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
- Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
 - b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
- Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – stan, który nie rokuje poprawy i w którym Ubezpieczony nie może samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 6 miesięcy, przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:
 - a) kąpiel – przez którą rozumiemy zdolność umycia się,
 - b) ubieranie się – przez które rozumiemy zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
 - c) przemieszczanie się – przez które rozumiemy zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
 - d) korzystanie z toalety – przez które rozumiemy zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
 - e) odżywianie się – przez które rozumiemy zdolność do spożycia posiłku.Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji stwierdza neurolog
- Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
- Ubytki Neurologiczne** – deficyt lub deficyty czynności układu nerwowego, które są spowodowane chorobą lub urazem i są stwierdzone wyłącznie w badaniu przedmiotowym wykonanym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczenie nie obejmuje schorzeń, w przypadku których warunkiem spełnienia definicji Poważnego Zachorowania jest powstanie deficytu lub deficytów czynności układu nerwowego, podczas gdy u Ubezpieczonego wystąpił wyłącznie jeden lub kilka z następujących symptomów:
 - a) zmiany, które zostały stwierdzone jedynie w badaniach obrazowych,
 - b) bóle głowy, zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji,
 - c) napady padaczkowe,
 - d) padaczka alkoholowa,bez współistniejących deficytów czynności układu nerwowego, stwierdzonych w przedmiotowym lekarskim badaniu neurologicznym
- Wada Wrodzona Dziecka** – nieprawidłowość anatomiczna, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
- 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)
- Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sphywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee,

skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

17. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

3. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego – także wtedy, gdy jest ono skutkiem Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
4. Wypłata świadczenia za Poważne Zachorowanie wpływa na zakres udzielanej przez nas dalszej ochrony ubezpieczeniowej. W określonych przypadkach Ubezpieczony może otrzymać świadczenie za więcej niż jedno Poważne Zachorowanie.
5. Poważne Zachorowania, które są objęte ubezpieczeniem dzielimy na 7 grup – według tabeli Grupy Poważnych Zachorowań. W tabeli tej wskazujemy również:
- % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej za każde Poważne Zachorowanie,
 - Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań,
 - Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

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

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
- Umowę Dodatkową można zawrzeć w jednej z dwóch wersji – dla pełnoletnich Ubezpieczonych albo dla Dzieci.

| Grupy Poważnych Zachorowań | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| Grupa i Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań | Poważne Zachorowanie – pełnoletni Ubezpieczeni | Poważne Zachorowanie – Dzieci | % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej |
| Grupa 1 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 150% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Zażycie Poważnego Zachorowania z tej grupy, za które wypłacimy świadczenie, powoduje rozwiązanie Umowy Dodatkowej i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań, nawet jeśli nie został osiągnięty Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej. | 1. sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu | 1. sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu | 150% |
| | 2. śpiączka nefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne | 2. śpiączka nefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne | 150% |
| | - | 3. cukrzyca typu 1 (insulinozależna) | 150% |
| | 3. porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji | - | 150% |
| | 4. choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji | - | 150% |
| | 5. choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne oraz Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji | - | 150% |
| | 6. choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki | - | 150% |
| | 7. postępujące porażenie nadjądrowe prowadzące do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego | - | 150% |
| 8. dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji | - | 150% | |
| Grupa 2 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy. | 1. infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW | 1. infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW | 100% |
| | 2. pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30% | - | 10% |
| | 3. operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii | - | 100% |
| | 4. operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej | - | 100% |
| | 5. operacja zastawek serca | - | 100% |
| | 6. pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass) | - | 100% |
| | 7. pierwsza przeszkońska interwencja wieńcowa | - | 10% |
| | 8. udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne | - | 100% |
| | 9. udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych | - | 10% |
| | 10. świeży zawał serca | - | 100% |
| | 11. amputacja kończyn | - | 100% |

| | | | | |
|--|---|--|---|------|
| Grupa 3 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy. | 1. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne | - | 100% | |
| | 2. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych | - | 10% | |
| | 3. operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową | 1. operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową | 100% | |
| | 4. uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji | 2. uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji | 100% | |
| | 5. wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne | - | 100% | |
| | 6. wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych | - | 10% | |
| | 7. zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych | 3. zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych | 100% | |
| | - | 4. zapalenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne | 100% | |
| | - | 5. zapalenie mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych | 10% | |
| | - | 6. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne | 100% | |
| | - | 7. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych | 10% | |
| | Grupa 4 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy. | 1. przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego | 1. przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego | 100% |
| | | 2. oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała | 2. oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała | 100% |
| | | 3. schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią | 3. schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią | 100% |
| 4. ciężka niewydolność wątroby | | 4. ciężka niewydolność wątroby | 100% | |
| 5. schyłkowa i nieodwracalna niewydolność oddechowa wymagająca przewlekłego domowego leczenia tlenem | | - | 100% | |
| 6. gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie | | - | 100% | |
| 7. choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca przy najmniej częściową resekcją jelita | | - | 100% | |
| 8. toczeń rumieniowaty układowy (SLE) | | - | 100% | |
| 9. twardzina układowa (sklerodermia uogólniona) | | - | 100% | |
| 10. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem | | - | 100% | |
| 11. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem | | - | 10% | |

| | | | |
|--|--|--|------|
| Grupa 5 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy. | 1. stwardnienie rozsiane | - | 100% |
| | 2. całkowita i nieodwracalna utrata mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna | - | 100% |
| | 3. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu | 1. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu | 100% |
| | 4. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu | 2. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu | 25% |
| | 5. wszczepienie implantu ślimakowego | 3. wszczepienie implantu ślimakowego | 10% |
| | 6. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku | 4. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku | 100% |
| | 7. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku | 5. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku | 50% |
| | 8. tężec leczony szpitalnie | 6. tężec leczony szpitalnie | 100% |
| | 9. wścieklizna leczona szpitalnie | 7. wścieklizna leczona szpitalnie | 100% |
| | 10. choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji | - | 100% |
| Grupa 6 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy. | 1. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania | 1. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania | 100% |
| | 2. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne | 2. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne | 100% |
| | 3. łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm | 3. łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm | 10% |
| | 4. usunięcie całego płuca | - | 100% |
| | 5. łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne | 4. łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne | 100% |
| | 6. niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku) | 5. niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku) | 100% |
| Grupa 7 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy. | 1. nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości | 1. nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości | 10% |
| Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej | | 230% | |

6. Za każde Poważne Zachorowanie, które wymieniamy w tabeli Grupy Poważnych Zachorowań, 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. Takie samo umiejscowienie oznacza, że nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości dotyczy tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu – w przypadku narządów położonych symetrycznie.

Przykład 1

Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy skóry w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, to nie otrzyma już świadczenia za kolejny taki nowotwór złośliwy skóry.

Przykład 2

Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy gruczołu piersiowego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, to nie otrzyma już świadczenia za taki nowotwór złośliwy drugiego gruczołu piersiowego.

7. 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, za który wypłaciliśmy 10% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, do nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, ani zmiany jego kwalifikacji na nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania. W takich przypadkach dopłacamy do % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który przewidujemy do wypłaty za nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, nie więcej jednak niż:

- % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań

- b) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

Przykład:

Osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymuje diagnozę udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i takim ubytkiem jest całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku. Z dokumentacji medycznej tej osoby wynika, że utrata wzroku w jednym oku jest bezpośrednim następstwem udaru mózgu. W takiej sytuacji Ubezpieczony otrzymuje świadczenie tylko za udar mózgu.

8. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, jeśli Ubezpieczony umiera w wyniku Poważnego Zachorowania w ciągu:

- a) 30 dni od jego wystąpienia – w przypadku: sepsy (posocznicy) leczonej w Szpitalu, niedokrwiłości aplatycznej (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, uszkodzenia mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego, oparzenia co najmniej 20% powierzchni ciała, śpiączki nefarmakologicznej powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, usunięcia całego płuca,
- b) 14 dni od jego wystąpienia – w przypadku: amputacji kończyn, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej przynajmniej częściową resekcją jelita, infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW) u osoby, która nie przeżyła operacji zastawki 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 wykonanej drogą laparotomii lub torakotomii, operacji tętnicy płucnej wykonanej z otwarciem klatki piersiowej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), pierwszej przeskórnej interwencji wieńcowej, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, świeżego zawału serca.

9. Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje Poważne Zachorowanie spowodowane wyłącznie Nieszczęśliwym Wypadkiem.

10. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy za udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne, udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), pierwszą przeskórnią interwencję wieńcową lub świeży zawał serca, które występują w ciągu 5 lat od zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej, jeśli przed zawarciem tej umowy u Ubezpieczonego zdiagnozowano:

- a) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne lub udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych,
- b) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku pierwszej przeskórnej interwencji wieńcowej, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass) lub świeżego zawału serca.

Na podstawie danych uzyskanych w procesie oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy z Tobą i Ubezpieczonym odrębnie uzgodnić, że nie stosujemy ograniczenia naszej odpowiedzialności, które dotyczą nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy.

W takim przypadku zniesienie ograniczenia odpowiedzialności w tym zakresie proponujemy w odrębnej korespondencji.

ART. 3 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, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,

- d) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie z grupy 1, za które wypłacimy świadczenie,
- e) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie, za które wypłata – wraz z wypłatami za wcześniejsze Poważne Zachorowania – spowoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej,
- f) 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,
- g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.

2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 72 lata lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
- a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje oraz
- b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
- b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
- c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
- b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
4. Jeśli Poważne Zachorowanie jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
- a) Wzrostu Ubezpieczonego,
- b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
- c) zakresu udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej,
- d) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Za Poważne Zachorowanie z grup 2 – 7 wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zgodnie z tabelą Grupy Poważnych Zachorowań, nie więcej jednak niż:
- a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań
- ani
- b) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

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. W zakresie Poważnych Zachorowań z pozostałych grup nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.

2. Jeśli jako pierwsze występuje Poważne Zachorowanie z grupy 1, to wypłacamy Ubezpieczonemu 150% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia takiego Poważnego Zachorowania

wygasa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.

3. Jeśli Poważne Zachorowanie z grupy 1 występuje jako kolejne, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zgodnie z tabelą Grupy Poważnych Zachorowań, nie więcej jednak niż % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia takiego Poważnego Zachorowania wygasa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.
4. Kwotę wypłaty obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Poważnego Zachorowania. Za taki dzień wystąpienia uznajemy:
 - a) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku: operacji aorty wykonanej drogą laparotomii lub torakotomii, operacji mózgu wykonanej z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zaotokę klinową, operacji tętnicy płucnej wykonanej z otwarciem klatki piersiowej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), pierwszej przeszłkowej interwencji wieńcowej, usunięcia całego płuca, wszczepienia implantu ślimakowego, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej przynajmniej częściową resekcją jelita,
 - b) dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku: nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości,
 - c) dzień wykonania badania diagnostycznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy, a następnie do zalecenia przeciwprótkowego leczenia szpitalnego Ubezpieczonego – w przypadku gruźlicy pozapłucnej z jednoczesnym zajęciem płuca leczzonej szpitalnie,
 - d) dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu, jeśli Ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego,
 - e) ostatni dzień okresu, który wskazujemy w definicji Poważnego Zachorowania – w przypadku całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna oraz porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji,
 - f) dzień uznania Ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do samodzielnej egzystencji – w przypadku choroby Alzheimera powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Parkinsona powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, dystrofii mięśniowej powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, uszkodzenia mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji,
 - g) dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją Poważnego Zachorowania – w przypadku pozostałych Poważnych Zachorowań.
5. Jeśli po wystąpieniu udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutek tego Poważnego Zachorowania, to za dzień wystąpienia udaru mózgu z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi, uznajemy dzień wystąpienia udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych traktujemy jako część świadczenia za udar mózgu z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi. Takie zasady stosujemy również w przypadku:
 - a) bakteryjnego albo wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujących trwałe Ubytki Neurologiczne,
 - b) zapalenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne oraz zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodujących trwałe Ubytki Neurologiczne.Trwałe Ubytki Neurologiczne muszą utrzymywać się po 3 albo po 6 miesiącach – w zależności od okresu, który wskazujemy w definicji odpowiedniego Poważnego Zachorowania z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi.
6. Jeśli po 3 miesiącach od wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu o średnicy co najmniej 10 mm:

- a) zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutki tego Poważnego Zachorowania, albo
- b) zostanie on usunięty neurochirurgicznie lub będzie leczony radioterapią interwencyjną,

to za dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne uznajemy dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu o średnicy co najmniej 10 mm. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm traktujemy jako część świadczenia za łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu Poważnego Zachorowania oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentacji medycznej z diagnostyki, rozpoznania i leczenia, w tym: kart wypisu ze szpitala, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań,
- d) innych dokumentów, które dotyczą Poważnego Zachorowania – na nasz wniosek.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem 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 alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką to Dziecko pozostaje,
- c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
- d) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z Wadą Wrodzoną Dziecka,
- g) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- h) 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,
- i) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

ART. 9 JAKIE POWAŻNE ZACHOROWANIA OBEJMUJE UBEZPIECZENIE I JAKIE SĄ ICH DEFINICJE

Pojęcia, które piszemy wielką literą (w tym: Ubytek Neurologiczny, Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji) zdefiniowaliśmy na początku tego dokumentu.

| | Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje | Pełnoletni Ubezpieczeni | Dzieci |
|----|--|--------------------------------|---------------|
| 1 | amputacja kończyn – jednoczesna utrata co najmniej dwóch kończyn lub ich części w wyniku choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku: a) na poziomie stawu skokowego lub powyżej – w przypadku kończyny dolnej, b) na poziomie nadgarstka lub powyżej – w przypadku kończyny górnej | ✓ | - |
| 2 | bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – bakteryjne zakażenie pólki mózgu, pnia mózgu, mózdzku lub opon mózgowo-rdzeniowych, które spowodowało zaburzenia funkcji mózgu i spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza bakteryjną przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania. Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje neuroboreliozy | ✓ | - |
| 3 | bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania | ✓ | - |
| 4 | całkowita i nieodwracalna utrata mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna – całkowita utrata funkcji mowy, którą spowodowało nieodwracalne uszkodzenie krtani lub nieodwracalne uszkodzenie ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem lub choroby innej niż Choroba Psychiczna. Całkowita utrata funkcji mowy musi utrzymywać się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Całkowitą i nieodwracalną utratę mowy stwierdza laryngolog lub neurolog | ✓ | - |
| 5 | całkowita i nieodwracalna utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla któregośkolwiek ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (także z wszczepieniem implantu ślimakowego) | ✓ | ✓ |
| 6 | całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości słyszenia jednym uchem, w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w jednym uchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu w jednym uchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla tego ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym | ✓ | ✓ |
| 7 | całkowita i nieodwracalna utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym | ✓ | ✓ |
| 8 | całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w jednym oku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym | ✓ | ✓ |
| 9 | choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Alzheimera stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do których doszło w wyniku innych chorób | ✓ | - |
| 10 | choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – postępująca choroba układu nerwowego, która doprowadziła do: zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej i szybko postępującego otępienia oraz zaburzenia funkcji ruchu, w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Creutzfeldta-Jakoba stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wyników badań EEG lub badań obrazowych | ✓ | - |
| 11 | choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca przynajmniej częściową resekcją jelita – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która doprowadziła do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz przeprowadzenia przynajmniej częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego). Rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego | ✓ | - |

| | Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje | Pełnoletni Ubezpieczeni | Dzieci |
|----|---|--------------------------------|---------------|
| 12 | <p>choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego lub neuronów drogi piramidowej i powoduje trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się nieprzerwanie co najmniej przez 3 miesiące i prowadzą do zaburzeń motoryki.</p> <p>Ubezpieczenie obejmuje wyjątkowo:</p> <p>a) stwardnienie zanikowe boczne, łac. Sclerosis Lateralis Amyotrophica (SLA), b) postępujący zanik mięśni, ang. Progressive Muscular Atrophy (PMA), c) pierwotne stwardnienie boczne, ang. Primary Lateral Sclerosis (PLS), d) postępujące porażenie opuszkowe, ang. Progressive Bulbar Palsy (PBP).</p> <p>Chorobę neuronu ruchowego stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania.</p> | ✓ | - |
| 13 | <p>choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji.</p> <p>Chorobę Parkinsona stwierdza neurolog na podstawie trwałych Ubytków Neurologicznych, charakterystycznych dla tego Poważnego Zachorowania.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje innych, poza chorobą Parkinsona, przyczyn parkinsonizmu (zespołu parkinsonowskiego)</p> | ✓ | - |
| 14 | <p>ciężka niewydolność wątroby – przewlekłe i nieodwracalne stadium choroby wątroby, w przebiegu którego:</p> <p>a) hepatolog lub gastroenterolog stwierdził występowanie przewlekłej choroby wątroby, b) występowały co najmniej dwa z wymienionych objawów przez co najmniej 3 miesiące udokumentowanej obserwacji lekarskiej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trwała żółtaczka, • wodobrzusze nieoddające się leczeniu, • encefalopatia wrotna, • żylaki przełyku (wystarczy jednokrotne stwierdzenie w badaniu gastroskopowym). <p>Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby, która jest skutkiem nadużywania lub zażywania:</p> <ul style="list-style-type: none"> • leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, • leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę | ✓ | ✓ |
| 15 | <p>cukrzyca typu 1 (insulinozależna) – choroba metaboliczna, u podłoża której leży przewlekły, autoimmunologiczny proces, który doprowadził do zniszczenia komórek trzustki produkujących insulinę. Choroba ta jest leczona insuliną z uwagi na zagrożenie życia.</p> <p>Cukrzycę stwierdza diabetolog</p> | - | ✓ |
| 16 | <p>dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która spowodowała postępujący zanik mięśni i doprowadziła do trwałych zaburzeń ich funkcji – w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji.</p> <p>Dystrofię mięśniową stwierdza neurolog na podstawie:</p> <p>a) standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz b) wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków postępującego zaniku mięśni, który jest spowodowany przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi</p> | ✓ | - |
| 17 | <p>gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie – zakażenie prątkiem z grupy Mycobacterium tuberculosis complex (Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum) w stadium aktywnej choroby z zajęciem co najmniej jednej struktury pozapłucnej (np. opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu) oraz z jednoczesnym zajęciem płuca. W wyniku tego zakażenia zostało podjęte pełne leczenie przeciwprątkowe podczas pobytu w Szpitalu.</p> <p>Ubezpieczenie obejmuje także gruźlicę prosówkową.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia gruźlicy są:</p> <p>a) objawy charakterystyczne dla aktywnej choroby, b) wyniki badań obrazowych i bakteriologicznych.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • takiego stanu, który opisany jest wyłącznie pozytywnym wynikiem skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe, • bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej | ✓ | - |
| 18 | <p>infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW), u osoby która nie przebyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW – zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, które składają się ze skrzepin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzonych w obrazach echokardiograficznych, u osoby, która nie przebyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zapalenie wsierdza.</p> <p>Infekcyjne zapalenie wsierdza stwierdza lekarz chorób wewnętrznych lub kardiolog na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych, które wykazują obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza w 2 różnych posiewach</p> | ✓ | ✓ |
| 19 | <p>łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – niezłośliwy nowotwór zlokalizowany wewnątrz kanału kręgowego, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub który – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż przez 3 miesiące od dnia stwierdzenia guza.</p> <p>Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje: ziarninaków, ropni, krwawiaków, tętniaków, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, przepukliny krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, urazów kręgościpa</p> | ✓ | ✓ |

| | Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje | Pełnoletni Ubezpieczeni | Dzieci |
|----|---|--------------------------------|---------------|
| 20 | <p>łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia stwierdzenia guza.</p> <p>Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, tętniaków, krwaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego</p> | ✓ | ✓ |
| 21 | <p>łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, o średnicy co najmniej 10 mm.</p> <p>Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje krwaków, ropni, ziarniniaków ani tętniaków</p> | ✓ | ✓ |
| 22 | <p>niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku) – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku, która przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25%.</p> <p>Niedokrwistość aplastyczną (aplazję szpiku) stwierdza hematolog na podstawie występowania co najmniej 2 spośród 3 poniższych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:</p> <p>a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³, c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³.</p> <p>Ponadto Ubezpieczony musi spełnić jeden z poniższych warunków:</p> <ul style="list-style-type: none"> • musi być leczony co najmniej 2 przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego w ciągu 3 kolejnych miesięcy, • otrzymywać leczenie immunosupresyjne, • poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowej lub odwracalnej postaci niedokrwistości aplastycznej</p> | ✓ | ✓ |
| 23 | <p>nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości.</p> <p>Ubezpieczenie obejmuje następujące nowotwory złośliwe w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości:</p> <p>a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą, b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), d) rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa, f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne.</p> <p>Rozpoznanie nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.</p> <p>W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dysplazji, • zmian przedrakowych, • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków niezłośliwych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. <p>Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia</p> | ✓ | ✓ |
| 24 | <p>nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenieniem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe.</p> <p>Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa.</p> <p>Rozpoznanie nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.</p> <p>W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nowotworów, które spełniają definicję nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, • guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne). <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków niezłośliwych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. <p>Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia</p> | ✓ | ✓ |

| | Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje | Pełnoletni Ubezpieczeni | Dzieci |
|----|--|--------------------------------|---------------|
| 25 | oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała – uszkodzenie skóry, które powstało w wyniku poparzenia 3-go stopnia i które obejmuje co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi | ✓ | ✓ |
| 26 | operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wyłączeniem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii. Operacja ta polega na: a) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub b) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje operacyjnego leczenia zastawek aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji aorty, które wykorzystują mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przeszskórne operacje naprawcze, polegające na wprowadzeniu stentu albo stentgraftu do aorty | ✓ | - |
| 27 | operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową – operacja neurochirurgiczna mózgu, wykonana z powodu choroby, w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, na podstawie wskazań neurochirurga. Ubezpieczenie obejmuje także operacyjne otwarcie czaszki w celu usunięcia ropnia mózgu. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu, która jest wykonywana w celu diagnostyki lub leczenia nowotworu ani udaru mózgu | ✓ | ✓ |
| 28 | operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym lub nacięciu tętnicy i usunięciu z niej materiału zatorowego. Operacja ta jest przeprowadzana na podstawie wskazań kardiologa lub kardiochirurga. Ubezpieczenie nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu technik śródnaczyniowych ani środków farmakologicznych | ✓ | - |
| 29 | operacja zastawek serca – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przeszskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych | ✓ | - |
| 30 | pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30% – pierwotna choroba mięśnia sercowego, która prowadzi do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Kardiomiopatię rozstrzeniową stwierdza kardiolog na podstawie stwierdzenia obniżenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca (ang. EF – Ejection Fraction) poniżej 30% w dwóch kolejnych badaniach echokardiograficznych, wykonanych w odstępie co najmniej 3 miesięcy. Ubezpieczenie nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej | ✓ | - |
| 31 | pierwsza przeszskórna interwencja wieńcowa – pierwszy w życiu Ubezpieczonego zabieg wewnątrznaczyniowy, który jest przeprowadzany w celu korekacji zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Rozległość zwężenia lub niedrożność tętnic wieńcowych oraz fakt przeprowadzenia zabiegu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia specjalistycznego oraz w koronarografii | ✓ | - |
| 32 | pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia takiej operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog | ✓ | - |
| 33 | porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn, którą spowodowały Nieszczęśliwy Wypadek lub choroba oraz która nie rokuje poprawy i występuje przez co najmniej 3 kolejne miesiące. Rozpoznanie i zakres zmian stwierdza neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje osłabienia siły mięśni, które przejawia się w postaci niedowładów, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych). W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje porażenia kończyn w przebiegu choroby neuronu ruchowego, stwardnienia rozsianego ani łagodnego guza kanatu kręgowego | ✓ | - |
| 34 | postępujące porażenie nadjądrowe prowadzące do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która doprowadziła do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego. Postępujące porażenie nadjądrowe stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wystąpienia stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy | ✓ | - |
| 35 | przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu Ubezpieczonemu, jako biorcy, zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka albo szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego Poważnym Zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy z powodu choroby hematologicznej szpiku. Poważnym Zachorowaniem jest także fakt zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) przeszczepu innego narządu niż wymienione, b) przeszczepu wysp trzustkowych ani c) przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu szpiku kostnego w przebiegu niedokrwiłości aplastycznej (aplazji szpiku) ani w przebiegu chorób innych niż hematologiczne | ✓ | ✓ |

| | Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje | Pełnoletni Ubezpieczeni | Dzieci |
|----|--|--------------------------------|---------------|
| 36 | <p>schyłkowa i nieodwracalna niewydolność oddechowa wymagająca przewlekłego domowego leczenia tlenem – schyłkowe i nieodwracalne stadium choroby płuc, które spowodowało obniżenie wydolności oddechowej, które spełnia łącznie wszystkie poniżej określone warunki:</p> <p>a) wymaga stosowania codziennej tlenoterapii przez co najmniej 3 miesiące z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii), potwierdzonej kwalifikacją specjalisty chorób płuc do domowego leczenia tlenem (DLT) w czasie co najmniej 15 godzin na dobę,</p> <p>b) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej jest niższe lub równe 55 mm Hg (pO₂ =< 55 mm Hg), według wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej, wykonanego jako element kwalifikacji lekarskiej do domowego leczenia tlenem (DLT),</p> <p>c) występuje duszność spoczynkowa, gdy nie stosuje się suplementacji tlenowej w okresie domowego leczenia tlenem (DLT).</p> <p>Schyłkową i nieodwracalną niewydolność oddechową stwierdza pulmonolog</p> | ✓ | - |
| 37 | <p>schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii.</p> <p>Schyłkową niewydolność nerek stwierdza nefrolog.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która wymaga jedynie okresowej dializoterapii</p> | ✓ | ✓ |
| 38 | <p>sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz:</p> <p>a) jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i</p> <p>b) spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu i</p> <p>c) jest leczona w Szpitalu.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3)</p> | ✓ | ✓ |
| 39 | <p>stwardnienie rozsiane – choroba zapalna układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami demielinizacyjnymi.</p> <p>Stwardnienie rozsiane stwierdza neurolog na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonald).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozpoznania tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome), • procesów demielinizacyjnych nie zakończonych jednoznacznym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w tym rozpoznania prawdopodobnego stwardnienia rozsianego (ang. possible MS – possible multiple sclerosis) | ✓ | - |
| 40 | <p>śpiączka niefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne – stan utraty przytomności z brakiem odruchu rogówkowego oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne:</p> <p>a) który trwa w sposób ciągły i wymaga intubacji oraz mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin po zakończeniu śpiączki farmakologicznej (po odstawieniu leków znieczulenia ogólnego) oraz</p> <p>b) którego skutkiem jest trwały Ubytek Neurologiczny, stwierdzony przez neurologa.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, • leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę | ✓ | ✓ |
| 41 | <p>świeży zawał serca – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia świeżego zawału serca jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:</p> <p>a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,</p> <p>b) obecność nowych niedokrwienych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,</p> <p>c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie,</p> <p>d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,</p> <p>e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznioma badaniem angiograficznym.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niestabilnej choroby wieńcowej, epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, w tym ostrego zespołu wieńcowego, któremu nie towarzyszy rozpoznanie zawału serca, • zawału serca typu 3 według konsensusu z 2018 r. Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, • zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów świeżego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi | ✓ | - |
| 42 | <p>tężec leczony szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (Clostridium tetani). Leczenie Poważnego Zachorowania polega na dożylniej antybiotykoterapii oraz podaniu Ubezpieczonemu surowicy przeciw-tężcowej w czasie pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia tężca jest jeden z następujących objawów:</p> <p>a) bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękoscisk lub uśmiech sardoniczny),</p> <p>b) bolesne skurcze mięśni tułowia,</p> <p>c) łukowate wygięcie ciała (opistotonus).</p> <p>Rozpoznanie musi być także potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi</p> | ✓ | ✓ |
| 43 | <p>toczeń rumieniowaty układowy (SLE) – choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia tocznia rumieniowatego układowego (SLE) są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2019 r. lub ich kontynuację.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje tocznia rumieniowatego układowego polekowego ani tocznia rumieniowatego krążkowego</p> | ✓ | - |

| | Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje | Pełnoletni Ubezpieczeni | Dzieci |
|----|---|--------------------------------|---------------|
| 44 | <p>twardzina układowa (sklerodermia uogólniona) – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlanym wtknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia twardziny układowej są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2013 r. lub ich kontynuacje.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <p>a) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam – morphea),</p> <p>b) eozynofilowego zapalenia powięzi,</p> <p>c) zespołu CREST</p> | ✓ | - |
| 45 | <p>udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – martwica tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności:</p> <p>a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,</p> <p>b) obecność nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania,</p> <p>c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND), • zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, • wtórnego krwotoku do istniejących ognisk podudarowych, • patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki), • innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w Szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu) | ✓ | - |
| 46 | <p>udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania</p> | ✓ | - |
| 47 | <p>usunięcie całego płuca – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na usunięciu całego płuca. Konieczność przeprowadzenia operacji musi wynikać z choroby albo Nieszczęśliwego Wypadku.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje operacji, która polega na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu)</p> | ✓ | - |
| 48 | <p>uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku i spowodowało wystąpienie trwałych Ubytków Neurologicznych oraz Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji.</p> <p>Uszkodzenie mózgu stwierdza neurolog na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <p>a) uszkodzenia rdzenia kręgowego,</p> <p>b) zaburzeń czynności lub uszkodzenia mózgu, które nie są bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub są skutkiem choroby, w tym występującej nagle</p> | ✓ | ✓ |
| 49 | <p>wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie wirusowe pólki mózgu, pnia mózgu, mózdzku lub opon mózgowo-rdzeniowych, która spełnia następujące warunki:</p> <p>a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza wirusową przyczynę zachorowania oraz</p> <p>b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania.</p> <p>Wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog</p> | ✓ | - |
| 50 | <p>wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania</p> | ✓ | - |
| 51 | <p>wrzodzące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego.</p> <p>Rozpoznanie wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego</p> | ✓ | - |
| 52 | <p>wrzodzące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do chirurgicznego usunięcia części jelita grubego.</p> <p>Rozpoznanie wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego</p> | ✓ | - |
| 53 | <p>wszczepienie implantu ślimakowego – wszczepienie w czasie zabiegu operacyjnego urządzenia elektronicznego, które pozwala na rozpoczęcie rehabilitacji słuchu u osoby z obustronną głuchotą lub obustronnym głębokim niedosłuchem</p> | ✓ | ✓ |
| 54 | <p>wścieklizna leczona szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa, która przebiega klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i skutkuje zastosowaniem leczenia podczas pobytu w Szpitalu.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia wścieklizny są obowiązujące kliniczne kryteria diagnostyczne i kryteria laboratoryjne, które określa Państwowy Zakład Higieny</p> | ✓ | ✓ |

| Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje | Pełnoletni Ubezpieczeni | Dzieci |
|--|-------------------------|--------|
| <p>zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych – choroba, która wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) i którą potwierdzają pozytywne wyniki 2 testów: test na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz test Western Blot lub PCR. Poważne Zachorowanie musi być spowodowane przetoczeniem krwi lub preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:</p> <p>a) przetoczenie to było niezbędne z medycznego punktu widzenia, b) przetoczenie miało miejsce po zawarciu pierwszej Umowy Dodatkowej, c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia, d) krew lub preparaty krwiopochodne pochodzą z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia, e) Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) ani hemofilii.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych, w tym przypadków, gdy do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków</p> | ✓ | ✓ |
| <p>zapalenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie, w którym proces chorobowy obejmuje półkule mózgowe, pień mózgu lub mózdzek i które spełnia następujące warunki:</p> <p>a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania.</p> <p>Zapalenie mózgu rozpoznaje neurolog</p> | - | ✓ |
| <p>zapalenie mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji zapalenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania</p> | - | ✓ |
| <p>zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie, w którym proces chorobowy obejmuje opony mózgowo-rdzeniowe i spełnia następujące warunki:</p> <p>a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania.</p> <p>Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog</p> | - | ✓ |
| <p>zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania</p> | - | ✓ |

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 101/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Leczenie za granicą

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Nasz partner, firma Further Underwriting International SLU (dalej: Further), zorganizuje i opłaci:

- Twoje leczenie za granicą, jeśli zachorujesz na nowotwór lub gdy lekarz zaleci Ci operację: pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), wymiany lub naprawy zastawki serca, neurochirurgiczną albo przeszczepu,
- podróż oraz zakwaterowanie za granicą – zarówno Twoje, jak i osoby towarzyszącej, a także dawcy (w przypadku przeszczepu).

Dodatkowo otrzymasz:

- 100 euro za każdy dzień pobytu w szpitalu (maks. za 60 dni),
- zwrot kosztów leków zaleconych po leczeniu – do 50 000 euro.

Warto wiedzieć

- Ubezpieczenie obejmuje leczenie poza granicami Polski.
- Suma ubezpieczenia wynosi **2 000 000 euro** – łącznie w pierwszej i kolejnych umowach. Do tej kwoty będą opłacone koszty związane z Twoim leczeniem.

Zwróć uwagę

Na każdym etapie leczenia pomocą będzie Ci służyć firma Further, która:

- potwierdzi z zagranicznymi specjalistami Twoją diagnozę,
- przedstawi Ci do wyboru kliniki, w których można przeprowadzić leczenie,
- zajmie się organizacją Twojego wyjazdu, pobytu za granicą oraz powrotu do kraju.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta: **22 864 55 22**.
Jest ono czynne 24 godz. na dobę, 7 dni w tygodniu.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „LECZENIE ZA GRANICĄ” (LZ/TZ/5/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1-12 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 2 ust. 13-15 Art. 15 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „LECZENIE ZA GRANICĄ” (LZ/TZ/5/2023)

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 ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakże 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,
- W jakich okolicznościach nie wyptacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Centrum Obsługi Klienta Further** – całodobowe centrum zgłoszeniowe (tel. 22 864 55 22), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne i dokumenty od Ubezpieczonego, weryfikuje jego prawo do uzyskania usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz koordynuje ich organizację. Obsługa ta odbywa się w języku polskim
2. **Certyfikat Leczenia za Granicą (Certyfikat)** – pisemna zgoda, którą wydaje Further w naszym imieniu, na pokrycie kosztów Leczenia za Granicą oraz innych usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem i wiążą się z realizacją tego leczenia. Certyfikat jest ważny przez 3 miesiące od dnia jego wystawienia
3. **Dawca** – żywa osoba, od której są pobierane komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu
4. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
5. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia rejestracji do dnia wypisu włącznie
6. **Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym danej specjalizacji. Wybór Eksperta następuje z uwzględnieniem specyfiki schorzenia Ubezpieczonego
7. **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: Calle Paseo Recoletos 12, 28001 Madryt), za pośrednictwem którego zapewniamy organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, w tym nadzór nad procesem leczenia Ubezpieczonego
8. **Inżynieria Tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi
9. **Leczenie Alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej, w tym akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna
10. **Leczenie Eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które są w trakcie badań lub testów, niezależnie od tego, na jakim etapie są te badania lub testy
11. **Leczenie za Granicą** – leczenie Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego, które:
 - a) odbywa się poza Polską, w Placówce Medycznej wybranej przez Ubezpieczonego spośród co najmniej 3 placówek rekomendowanych przez Further oraz
 - b) jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, tj.:
 - jest zalecane w celu leczenia Poważnego Stanu Chorobowego lub poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego i
 - jest uznawane za najbardziej efektywny w poprawie wyników zdrowotnych – zarówno od strony medycznej, jak

i kosztowej – sposób leczenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat danego Poważnego Stanu Chorobowego.

Oceny, czy leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, dokonuje Further, z uwzględnieniem zakresu ubezpieczenia, rekomendacji Eksperta z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej oraz we współpracy z lekarzem prowadzącym Leczenie za Granicą, zgodnie z literaturą medyczną (w tym: NCCN – platforma współpracy 30 wiodących instytucji onkologicznych w USA oraz PubMed – angielskojęzyczna wyszukiwarka danych medycznych)

12. **Lek** – substancja lub połączenie substancji, które lekarz prowadzący Leczenie za Granicą przepisuje Ubezpieczonemu i które są stosowane, aby:

- a) przywrócić, poprawić lub zmodyfikować funkcje fizjologiczne organizmu Ubezpieczonego lub
- b) pomóc w postawieniu diagnozy Ubezpieczonemu.

Lek musi być wydawany na receptę i dopuszczony do obrotu w danym kraju. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego Leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu

13. **Moduł Ochrony** – jeden z 4 modułów, które wskazujemy w definicji Poważnego Stanu Chorobowego. Leczenie Poważnych Stanów Chorobowych w ramach Modułów Ochrony 2, 3 i 4 odbywa się wtedy, gdy choroba, która je spowodowała jest inna niż nowotwór. Leczenie nowotworów odbywa się w ramach Modułu Ochrony 1

14. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
- c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową

15. **Okres Realizacji Świadczeń** – okres 36 miesięcy, który ustalamy odrębnie dla każdego Modułu Ochrony. Okres ten rozpoczyna się od pierwszego dnia pierwszej podróży Ubezpieczonego, którą organizuje Further na podstawie Certyfikatu dla pierwszego Poważnego Stanu Chorobowego z danego Modułu Ochrony. W okresie tym zapewniamy organizację i realizację wszystkich usług i świadczeń dla wszystkich Poważnych Stanów Chorobowych objętych ubezpieczeniem w tym Module Ochrony, o ile nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej lub nie wskazujemy inaczej w tym dokumencie

16. **Operacja** – każdy zabieg lub procedura medyczna o charakterze inwazyjnym, które są wykonywane w celu diagnostycznym lub terapeutycznym, w sali operacyjnej Szpitala, przez chirurga lub pod jego nadzorem

17. **Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą** – badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe Ubezpieczonego, które są organizowane przez lekarza, który posiada specjalistyczną wiedzę o chorobie Ubezpieczonego. Opieka ta odbywa się na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą i w zakresie, który ten lekarz wskazuje. Zalecenia te dotyczą typów procedur diagnostycznych oraz odstępów czasowych, w których powinny zostać wykonane.

Celem tej opieki jest ustalenie, czy Ubezpieczony może w przyszłości cierpieć na poważną chorobę oraz zapobieganie Poważnym Stanom Chorobowym lub ich nawrotom, gdy nie występują żadne objawy Poważnego Stanu Chorobowego

18. **Osoba Towarzysząca** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony i która towarzyszy mu w czasie Leczenia Za Granicą lub w czasie podróży do i z Placówki Medycznej

19. **Placówka Medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy (Szpital, przychodnia, gabinet lekarski), który:

- a) działa poza Polską, zgodnie z przepisami prawa miejscowego, i
- b) świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia i
- c) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski

20. **Pobyt w Szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który trwa co najmniej 1 dzień i odbywa się w ramach Leczenia za Granicą

21. **Poważny Stan Chorobowy**: stan chorobowy, który wskazujemy poniżej, z uwzględnieniem podziału na 4 Moduły Ochrony:

- a) Moduł Ochrony 1: nowotwór, który wystąpił po raz pierwszy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i w czasie tej ochrony spełnia warunki zawarte w definicji tego Poważnego Stanu Chorobowego, która znajduje się na końcu tego dokumentu,

- b) Moduł Ochrony 2: zabieg sercowo-naczyniowy – pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), operacja zastawki serca,
- c) Moduł Ochrony 3: zabieg neurochirurgiczny,
- d) Moduł Ochrony 4: przeszczep – przeszczep narządów, przeszczep szpiku kostnego,

pod warunkiem, że zarówno rozpoznanie choroby, która powoduje konieczność przeprowadzenia zabiegu sercowo-naczyniowego, zabiegu neurochirurgicznego lub przeszczepu, jak i sama konieczność przeprowadzenia tego zabiegu lub przeszczepu, występują po raz pierwszy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji tego Poważnego Stanu Chorobowego, która znajduje się na końcu tego dokumentu

22. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, jaką możesz wykorzystać jako świadczenie ubezpieczeniowe na pokrycie kosztów Leczenia za Granicą oraz innych usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem i wiążą się z realizacją tego leczenia
23. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, izolatorium, ośrodek pomocy społecznej, dom opieki, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
24. **Terapia Genowa** – postępowanie, które dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych)
25. **Terapia Komórkami Somatycznymi** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom
26. **Terapia Limfocytami CAR-T** (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi) – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w specjalnym laboratorium tak, by były w stanie znaleźć i zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta
27. **Transport Medyczny** – transport Ubezpieczonego ambulansem naziemnym lub powietrznym, który jest niezbędny z medycznego punktu widzenia. Transport ten zatwierdza i organizuje Further
28. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Główniej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie i która:
 - a) mieszka na stałe w Polsce i
 - b) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat
29. **Zagraniczna Druga Opinia Medyczna** – opinia, którą sporządza Ekspert na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. Opinia ta zawiera:
 - a) weryfikację wcześniejszej postawionej diagnozy,
 - b) propozycję optymalnego planu leczenia

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego.
3. Jeśli wystąpi Poważny Stan Chorobowy, to zapewniamy dostęp do Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej. Następnie jeśli są spełnione warunki, które wskazujemy w definicji Leczenia za Granicą i Poważny Stan Chorobowy jest objęty ubezpieczeniem w tej Umowie Dodatkowej, to zapewniamy:
 - a) organizację i pokrycie kosztów Leczenia za Granicą,
 - b) organizację i pokrycie kosztów:
 - podróży Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej (lub 2 Osób Towarzyszących w przypadku Dziecka) lub Dawcy, do Placówki Medycznej, która jest wskazana w Certyfikacie oraz podróży powrotnej,
 - Transportu Medycznego Ubezpieczonego,
 - zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej (lub 2 Osób Towarzyszących w przypadku Dziecka) lub Dawcy w hotelu,
 - c) wypłatę Ubezpieczonemu pieniędzy za każdy Dzień Pobytu w Szpitalu,
 - d) organizację i pokrycie kosztów Pobytu w Szpitalu Dawcy,

- e) przewiezienia ciała Ubezpieczonego lub Dawcy do Polski – w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Dawcy w czasie Leczenia za Granicą,
- f) po Leczeniu za Granicą:
 - pokrycie kosztów Leków,
 - Opiekę Medyczną po Leczeniu za Granicą, która zgodnie z wyborem Ubezpieczonego może być realizowana za granicą albo w Polsce,

do wysokości Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Szczegółowe zasady korzystania z usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie oraz informacje o kosztach, które pokrywamy w ramach ubezpieczenia, znajdziesz w dalszej części tego dokumentu.

4. Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej jest równa 2 000 000 euro – łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych.

5. W ramach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej obowiązują następujące limity:

| Rodzaj wypłaty | Limit |
|---|--|
| Pobyt w Szpitalu | Maksymalnie 6000 euro: <ul style="list-style-type: none"> • 100 euro za 1 Dzień Pobytu w Szpitalu, • wypłata maksymalnie za 60 Dni Pobytu w Szpitalu w czasie leczenia jednego Poważnego Stanu Chorobowego |
| Pokrycie kosztów Leków po Leczeniu za Granicą | Maksymalnie 50 000 euro łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. |

6. Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej podajemy w euro. Wszystkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
7. Każdy koszt, który pokrywamy w ramach Umowy Dodatkowej dla Ubezpieczonego, Dawcy lub Osoby Towarzyszącej, pomniejsza Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
8. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie usługi i świadczenia, które są:
 - a) organizowane i realizowane za pośrednictwem Further i po wystawieniu Certyfikatu, z wyjątkiem Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, która jest przygotowywana przed wystawieniem Certyfikatu,
 - b) realizowane wyłącznie w Placówkach Medycznych rekomendowanych przez Further, poza Polską, z wyjątkiem:
 - Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą – jeśli zgodnie z wyborem Ubezpieczonego jest realizowana w Polsce, i
 - zakupu Leków w Polsce po Leczeniu za Granicą,
 - c) wykonywane w Okresie Realizacji Świadczeń dla danego Modułu Ochrony – Further każdorazowo sprawdza dotychczasowe wykorzystanie tego okresu i informuje Ubezpieczonego o okresie, który pozostał do wykorzystania.
9. Jeśli nie dochodzi do zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej z innej przyczyny niż Twoje wypowiedzenie lub rezygnacja z zawarcia tej umowy na kolejny okres, a:
 - a) Ubezpieczony jest w trakcie Leczenia za Granicą, to Further organizuje i realizuje usługi i świadczenia maksymalnie do końca Okresu Realizacji Świadczeń, lub
 - b) w czasie, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej, zdiagnozowano u niego Poważny Stan Chorobowy, to Further organizuje i realizuje usługi i świadczenia z danego Modułu Ochrony maksymalnie przez 36 miesięcy od rozwiązania Umowy Dodatkowej.
10. Jeśli Okres Realizacji Świadczeń kończy się, gdy Ubezpieczony jest w trakcie Leczenia za Granicą, to Further pokrywa koszty związane z tym leczeniem do najbliższego – zgodnie z planem leczenia – powrotu Ubezpieczonego do Polski.
11. Za dzień wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego uznajemy:
 - a) dzień wykonania badania histopatologicznego (oceny mikroskopowej wykonywanej przez specjalistę histopatologii), którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku nowotworu; jeśli nie jest możliwe pobranie materiału do badania histopatologicznego, to za dzień wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego uznajemy dzień wykonania badania fizykalnego, laboratoryjnego lub obrazowego, które było podstawą do postawienia wstępnej diagnozy nowotworu,
 - b) dzień, w którym Ubezpieczony po raz pierwszy otrzymał pisemne zalecenie wykonania zabiegu operacyjnego od lekarza odpowiedniej specjalności – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), operacji zastawki serca, zabiegu neurochirurgicznego,

- c) dzień, w którym Ubezpieczony po raz pierwszy otrzymał pisemne zalecenie wykonania przeszczepu od lekarza odpowiedniej specjalności – w przypadku przeszczepu narządów i przeszczepu szpiku kostnego.
12. Ubezpieczony może korzystać z usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie w okresie, który wskazujemy w Dokumentacie Ubezpieczenia.
13. Jeśli spóźnisz się z płatnościami Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do usług i świadczeń.
14. Ubezpieczenie nie obejmuje:
- nowotworu ani zmian chorobowych, które wskazują na jego wystąpienie (niezależnie od terminu postawienia ostatecznej diagnozy nowotworu) ani
 - Poważnych Stanów Chorobowych innych niż nowotwór i chorób, które są ich przyczyną,
- jeżeli te Poważne Stany Chorobowe, choroby lub zmiany chorobowe wystąpiły, zostały stwierdzone w badaniach obrazowych lub w materiale tkankowym pobranym do analizy, lub były leczone w ciągu 90 dni po dniu, w którym zawierasz pierwszą Umowę Dodatkową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej. Jeżeli przyczyną Poważnego Stanu Chorobowego jest Nieszczęśliwy Wypadek, to ubezpieczenie obejmuje taki Poważny Stan Chorobowy także w ciągu tych pierwszych 90 dni.
15. Ubezpieczenie nie obejmuje także:
- leczenia długotrwałych skutków ubocznych, które wynikają z Poważnego Stanu Chorobowego lub jego leczenia,
 - leczenia Poważnych Stanów Chorobowych innymi metodami, w tym alternatywnymi metodami leczenia, jeśli najbardziej efektywnym sposobem leczenia jest przeszczep w ramach Modułu Ochrony 4,
 - łagodzenia objawów chorób przewlekłych lub rehabilitacji (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej, terapii językowej i mowy), które wynikają z Poważnego Stanu Chorobowego lub jego leczenia,
 - terapii psychiatrycznej lub psychoterapii,
 - organizacji i pokrycia kosztów Leczenia za Granicą, jeśli Ubezpieczony nie otrzymuje wizy do kraju, w którym ma siedzibę Placówka Medyczna.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

- Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - gdy zostanie wykorzystana Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - gdy zostaną wykorzystane Okresy Realizacji Świadczeń dla wszystkich 4 Modułów Ochrony,
 - 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,
 - gdy zostanie rozwiązana Umowa.
- Nie przedstawiamy propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli:
 - Ubezpieczony wykorzystał Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub Okresy Realizacji Świadczeń dla wszystkich 4 Modułów Ochrony lub
 - którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Leczenia za Granicą, to ma obowiązek:

- skontaktować się z Centrum Obsługi Klienta Further oraz zapewnić bezpłatny dostęp do swojej dokumentacji medycznej, która znajduje się w jego posiadaniu lub w posiadaniu lekarzy, Szpitali lub innych Placówek Medycznych odpowiedzialnych za leczenie Ubezpieczonego do dnia zgłoszenia, w zakresie niezbędnym do ustalenia

- historii medycznej Poważnego Stanu Chorobowego oraz organizacji Leczenia za Granicą,
- odpowiedzieć na pytania konsultanta Further, które dotyczą stanu zdrowia i wypełnić otrzymane z Further formularze,
- wybrać Placówkę Medyczną, w której chce skorzystać z leczenia – spośród placówek, które rekomenduje Further; jeśli Ubezpieczony nie dokona tego wyboru lub nie rozpocznie leczenia w wybranej Placówce Medycznej w ciągu 3 miesięcy od daty wystawienia Certyfikatu, to Further wystawia nowy Certyfikat, na podstawie aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- współpracować z Further w zakresie organizacji i realizacji procesu leczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

- Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wieku Ubezpieczonego.
- Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY DOSTARCZENIE ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

- Ubezpieczony, aby skorzystać z możliwości uzyskania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, powinien jak najszybciej zgłosić Further zdiagnozowanie u niego Poważnego Stanu Chorobowego.
- Aby uzyskać tę opinię i rozważyć skorzystanie z Leczenia za Granicą, Ubezpieczony:
 - kontaktuje się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Further i podaje swoje dane:
 - imię, nazwisko i adres,
 - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
 - kontaktowy numer telefonu,
 - datę zdiagnozowania Poważnego Stanu Chorobowego,
 - wypełnia formularze, które otrzymuje z Further lub odpowiada na pytania konsultanta dotyczące stanu zdrowia,
 - dostarcza do Centrum Obsługi Klienta Further wypełnione formularze oraz zgromadzoną dokumentację medyczną.
- Further w ramach tej usługi:
 - przekazuje Ubezpieczonemu informacje o dokumentacji medycznej, która jest potrzebna do przygotowania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej,
 - zapewnia ponowną ocenę histopatologiczną tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Ubezpieczonego – jeśli jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia,
 - przygotowuje tłumaczenie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego na język Eksperta,
 - przekazuje dokumentację Ekspertowi,
 - przekazuje Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną Ubezpieczonemu.
- Ubezpieczony otrzymuje Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną w języku polskim – w ciągu 30 dni od dostarczenia wszystkich wymaganych przez Further informacji medycznych i dokumentacji medycznej. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe przygotowanie tej opinii ze względu na konieczność uzyskania dodatkowych informacji medycznych, to Zagraniczna Druga Opinia Medyczna zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie jest możliwe.
- Do jednego Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego Further przygotowuje jedną Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną.
- Further informuje Ubezpieczonego, jak skorzystać z pozostałych usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie.
- Ubezpieczony może zrezygnować z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej. W takiej sytuacji sposób leczenia Poważnego Stanu Chorobowego ustala Further zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat tego Poważnego Stanu Chorobowego.
- Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, to usługa ta musi być zrealizowana przed wystawieniem Certyfikatu.

ART. 7 JAKIE KOSZTY PODRÓŻY LUB TRANSPORTU MEDYCZNEGO SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

- Ubezpieczenie obejmuje:
 - koszty podróży Ubezpieczonego, Dawcy lub Osoby Towarzyszącej poza granice Polski i z powrotem,
 - Transport Medyczny Ubezpieczonego.

2. Jeśli Ubezpieczony nie ukończył 18 lat, Further pokrywa koszty podróży dwóch Osób Towarzyszących.
3. Jeśli Ubezpieczony ukończy 18 lat przed powrotem do Polski, to Further organizuje podróż powrotną dla obu Osób Towarzyszących. W przypadku kolejnych wyjazdów tego Ubezpieczonego Further pokrywa koszty podróży jednej Osoby Towarzyszącej.
4. Podróż organizuje Further – na podstawie Certyfikatu i planu leczenia.
5. Ubezpieczony otrzymuje Certyfikat i plan leczenia w ciągu 30 dni od dostarczenia wszystkich wymaganych przez Further informacji medycznych i dokumentacji medycznej. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wystawienie Certyfikatu i przygotowanie planu leczenia, to Further wystawia ten Certyfikat i ustala plan leczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jest to możliwe.
6. Further nie pokrywa kosztów podróży samodzielnie poniesionych przez Ubezpieczonego ani inne osoby w jego imieniu.
7. Further wybiera rodzaj transportu z uwzględnieniem stanu zdrowia Ubezpieczonego.
8. Podróż – z wyjątkiem przypadków, w których jest wymagany Transport Medyczny – odbywa się pociągiem lub samolotem, w klasie ekonomicznej.
9. Termin wyjazdu Further ustala w taki sposób, aby Ubezpieczony miał czas na wykonanie czynności niezbędnych przed Leczeniem za Granicą.
10. Koszty podróży Ubezpieczonego, Dawcy i Osoby Towarzyszącej obejmują:
 - a) transport z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce do wyznaczonego lotniska albo międzynarodowej stacji kolejowej, a następnie do wyznaczonego hotelu albo Placówki Medycznej oraz
 - b) transport z hotelu albo Placówki Medycznej do wyznaczonego lotniska albo międzynarodowej stacji kolejowej, a następnie do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce.
11. Jeżeli Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego lub bez uzgodnienia z Further, zmienia terminy podróży, to ma obowiązek zwrócić koszty organizacji i zapewnienia usług i świadczeń, które poniosło Further w wyniku tej zmiany.
12. Ubezpieczenie nie obejmuje przejazdów Ubezpieczonego między hotelem a Placówką Medyczną w czasie Leczenia za Granicą.
13. Termin powrotu Ubezpieczonego lub Dawcy do Polski ustala Further w porozumieniu z lekarzem prowadzącym leczenie – po zakończeniu tego leczenia i gdy stan zdrowia danej osoby pozwala na podróż.

ART. 8 JAKIE KOSZTY ZAKWATEROWANIA OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

1. Ubezpieczenie obejmuje zakwaterowanie Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej lub Dawcy (w przypadku konieczności wykonania przeszczepu narządu lub szpiku kostnego) w hotelu o standardzie trzy- lub czterogwiazdkowym:
 - a) w pokoju dwuosobowym,
 - b) ze śniadaniem.
 Podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe, także na koszt Ubezpieczonego.
2. Jeśli Ubezpieczony nie ukończył 18 lat, Further pokrywa takie koszty zakwaterowania dla dwóch Osób Towarzyszących. Jeśli Ubezpieczony ukończy 18 rok życia przed powrotem do Polski, to Further pokrywa koszty zakwaterowania tych dwóch Osób Towarzyszących do czasu tego powrotu. W przypadku kolejnych wyjazdów tego Ubezpieczonego Further pokrywa zakwaterowania jednej Osoby Towarzyszącej.
3. O wyborze hotelu decyduje Further na podstawie dostępności pokoi oraz odległości od Placówki Medycznej lub lekarza prowadzącego – odległość ta nie może być większa niż 10 km.
4. Further rezerwuje hotel na okres, który wynika z planu leczenia i zmienia rezerwację, jeśli taka potrzeba wynika z przebiegu leczenia.
5. Ustalenia dotyczące zakwaterowania muszą zostać potwierdzone przez Further.
6. Jeżeli Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego lub bez uzgodnienia z Further, zmienia lokalizację zakwaterowania, to ma obowiązek zwrócić koszty organizacji i zapewnienia usług i świadczeń, które poniosło Further w wyniku tej zmiany.
7. Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - a) kosztów dodatkowych posiłków,
 - b) innych kosztów związanych z pobytem w hotelu.

ART. 9 JAKIE KOSZTY POBYTU W SZPITALU OBEJMUJE UBEZPIECZENIE W CZASIE LECZENIA ZA GRANICĄ

1. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) koszty związane z zakwaterowaniem i wyżywieniem:
 - zakwaterowanie Ubezpieczonego w Szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowe łóżko dla Osoby Towarzyszącej – jeśli Szpital zapewnia taką usługę,
 - posiłki Ubezpieczonego, które są standardowo oferowane przez Szpital.
 - b) koszty związane z leczeniem Poważnego Stanu Chorobowego:
 - opieka lekarska, pielęgniarska oraz opieka pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale Szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy Szpitala,
 - inne usługi szpitalne, w tym usługi, które świadczy przychodnia przyszpitalna, także wtedy, gdy nie jest konieczny Pobyt w Szpitalu,
 - badania laboratoryjne i diagnostyczne, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane przez lekarza albo pod jego nadzorem, w tym: badania rentgenowskie (RTG) i tomografia komputerowa (CT), badania elektrokardiograficzne (EKG), elektroencefalograficzne (EEG) i ultrasonograficzne (USG), badania z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowe badanie szpiku kostnego (mielogram), echokardiografia, angiografia, rezonans magnetyczny (MRI),
 - znieczulenie, jego podanie przez wykwalifikowanego anestezjologa oraz opieka anestezjologiczna przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
 - korzystanie z sal operacyjnych oraz zabiegi operacyjne,
 - chirurgia rekonstrukcyjna, która polega na odbudowie lub naprawie struktury w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej w trakcie Leczenia za Granicą,
 - transfuzje krwi, podawanie osocza i surowicy,
 - podawanie tlenu, roztworów dożylnych i zastrzyków,
 - leczenie metodami radioterapii, chemioterapii oraz leczenie lub diagnostyka z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych,
 - leczenie powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie Leczenia za Granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej Placówce Medycznej i są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu Leczenia za Granicą,
 - Leki i środki opatrunkowe, które są używane w Placówce Medycznej,
 - Leki i środki opatrunkowe, które przepisuje lekarz prowadzący po leczeniu operacyjnym i które Ubezpieczony kupuje w ciągu 30 dni od opuszczenia Placówki Medycznej, a przed powrotem do Polski (zwracamy Ubezpieczonemu równowartość tych kosztów w taki sam sposób jak koszty Leków kupionych w Polsce),
 - Transport Medyczny Ubezpieczonego, usługi tłumacza medycznego, w Szpitalu lub Placówce Medycznej; tłumacz postępuje się tym samym językiem co Ubezpieczony.
2. Jeśli z powodu siły wyższej, ograniczeń logistycznych lub operacyjnych, które ogtaszają władze lokalne lub międzynarodowe, występują utrudnienia, które uniemożliwiają Further zorganizowanie i przeprowadzenie Leczenia za Granicą, to Further w Polsce organizuje usługi i świadczenia opisane w tym artykule (z wyłączeniem świadczeń realizowanych lub finansowanych przez publiczną służbę zdrowia), o ile:
 - a) te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce,
 - b) istnieje możliwość realizacji równoważnego leczenia w Polsce. Usługi i świadczenia będą realizowane w Polsce do czasu, gdy Further będzie w stanie potwierdzić i zorganizować Leczenie za Granicą, a stan zdrowia Ubezpieczonego będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.

ART. 10 ILE PIENIĘDZY I W JAKI SPOSÓB OTRZYMUJE UBEZPIECZONY ZA POBYT W SZPITALU

1. Jeśli Ubezpieczony spędza w Szpitalu przynajmniej 1 dzień, to otrzymuje 100 euro za każdy dzień Pobytu w Szpitalu.

2. Further wypłaca pieniądze na rachunek bankowy Ubezpieczonego, w ciągu 7 dni po każdym zakończonym tygodniu Pobytu w Szpitalu.

ART. 11 JAKIE KOSZTY ZWIĄZANE Z POBYTEM W SZPITALU DAWCY OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Ubezpieczenie obejmuje:

- a) koszty związane z zakwaterowaniem i wyżywieniem:
 - zakwaterowanie Dawcy w Szpitalu,
 - posiłki Dawcy, które są standardowo oferowane przez Szpital;
- b) koszty związane z przeszczepem:
 - postępowanie sprawdzające, czy dana osoba, wskazana jako potencjalny Dawca spośród członków rodziny Ubezpieczonego, może być Dawcą,
 - opieka przedoperacyjna,
 - opieka lekarska, pielęgniarska i pozostałego personelu medycznego podczas Pobytu w Szpitalu i w ambulatorium – zgodnie z zasadami pracy Szpitala,
 - badania laboratoryjne i diagnostyczne zlecone przez lekarza,
 - Leki i środki opatrunkowe,
 - operacja pobrania narządu, części narządu lub szpiku kostnego dla Ubezpieczonego,
 - opieka pooperacyjna,
 - leczenie powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie Leczenia za Granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w warunkach klinicznych i są niezbędne, żeby Dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu.

ART. 12 JAKIE KOSZTY ZWIĄZANE Z PRZEWIEZIENIEM CIAŁA UBEZPIECZONEGO LUB DAWCY DO POLSKI OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Jeśli w czasie Leczenia za Granicą umiera Ubezpieczony lub w przypadku przeszczepu – Dawca, to ubezpieczenie obejmuje:

- a) formalności administracyjne zakładu pogrzebowego, który oferuje usługi międzynarodowe,
- b) koszty zakupu trumny przewozowej oraz przygotowania ciała do transportu,
- c) koszty transportu ciała do miejsca pochówku w Polsce.

ART. 13 JAKĄ OPIEKĘ I JAKIE KOSZTY OBEJMUJE UBEZPIECZENIE PO LECZENIU ZA GRANICĄ

1. Further potwierdza Ubezpieczonemu zakończenie Leczenia za Granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze leczenie w Placówce Medycznej.
2. Przed powrotem do Polski Ubezpieczony otrzymuje:
 - a) dokumentację medyczną z Leczenia za Granicą i
 - b) indywidualne zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą.Dokumentacja ta na wniosek Ubezpieczonego może zostać przetłumaczona na język polski.

Jeśli Ubezpieczony nie otrzymał przetłumaczonej dokumentacji przed powrotem do Polski, to otrzymuje dokumentację w języku angielskim albo w języku urzędowym kraju, w którym znajduje się Placówka Medyczna. Tłumaczenie na język polski Ubezpieczony otrzymuje w uzgodnionym z Further terminie i w uzgodniony sposób, po powrocie do kraju.
3. Further organizuje Opiekę Medyczną po Leczeniu za Granicą, gdy otrzyma wniosek Ubezpieczonego o taką opiekę.
4. Zgodnie z wyborem Ubezpieczonego Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą może się odbyć:
 - a) za granicą – z udziałem lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą lub jego zespołu; w tym przypadku Further organizuje tę opiekę i pokrywa koszty z nią związane, na zasadach obowiązujących w przypadku leczenia Poważnego Stanu Chorobowego – z uwzględnieniem podróży i zakwaterowania;
 - b) w Polsce – w tym przypadku Ubezpieczony organizuje tę opiekę we własnym zakresie, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą oraz ponosi jej koszty. Further zwraca Ubezpieczonemu poniesione wydatki na podstawie: wniosku o zwrot kosztów, recept i rachunków lub innych dowodów poniesienia wydatków.

Rachunki za Opiekę Medyczną po Leczeniu za Granicą, która odbywa się w Polsce, powinny być dostarczone do Further w ciągu 180 dni od dnia, w którym Ubezpieczony ponosi te wydatki.

5. Ubezpieczony może skorzystać z Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą w Polsce, gdy opieka ta:
 - a) jest dostępna w naszym kraju i
 - b) jest wykonywana zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą i we wskazanym przez niego zakresie – jako niezbędna kontynuacja leczenia,
 - c) jest wykonywana w jednym ze Szpitali, które wybiera Further.
6. Zmiana zaleceń, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą i zostały wydane przez lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą, jest możliwa:
 - a) ze względu na zmianę stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) na podstawie opinii lekarza, który prowadzi tę opiekę w Polsce.Zmiana taka musi zostać zatwierdzona przez Further, a zwrot wydatków następuje na podstawie nowych zaleceń, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą. Aby uzyskać zgodę Further na zmianę zaleceń, Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Further.
7. Jeśli koszty Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą zostały sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia, to Ubezpieczony zaznacza taką informację we wniosku o zwrot kosztów. Further nie zwraca części kosztów finansowanych przez publiczną służbę zdrowia.
8. Further zwraca uzasadnione koszty do wysokości, w jakiej zostały poniesione, nie więcej jednak niż średnią cenę rynkową danego rodzaju badania diagnostycznego, profilaktycznego lub przesiewowego w Polsce.
9. Jeśli po Leczeniu za Granicą i powrocie Ubezpieczonego do Polski:
 - a) stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga ponownej oceny i
 - b) nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, to może on wnioskować o taką ponowną ocenę.
10. Jeśli Further stwierdzi, że dalsze leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, to wystawia nowy Certyfikat. Organizacja i realizacja kolejnego Leczenia za Granicą odbywa się według takich samych zasad jak w przypadku pierwszego Leczenia za Granicą.

ART. 14 JAKIE KOSZTY LEKÓW OBEJMUJE UBEZPIECZENIE PO LECZENIU ZA GRANICĄ

1. Jeśli Ubezpieczony korzysta z Leczenia za Granicą i Pobyt w Szpitalu trwa co najmniej 3 dni, to ubezpieczenie obejmuje zwrot kosztów Leków, które:
 - a) zaleca lekarz prowadzący w trakcie Leczenia za Granicą jako niezbędną kontynuację leczenia, a następnie (na podstawie tych zaleceń) przepisuje lekarz w Polsce; dawka Leku z każdej recepty pozwala na przyjmowanie tego Leku przez okres nie dłuższy niż 2 miesiące,
 - b) są dostępne w Polsce w czasie, w którym są niezbędne do kontynuacji leczenia,
 - c) wydaje licencjonowany farmaceuta,
 - d) Ubezpieczony kupuje w Polsce i przedstawia dokumenty potwierdzające ten fakt.
2. Further zwraca Ubezpieczonemu poniesione koszty na podstawie: wniosku o zwrot kosztów, recept i rachunków lub innych dowodów poniesienia wydatków. Dokumenty te Ubezpieczony powinien przedstawić w ciągu 180 dni od zakupu.
3. Further zwraca uzasadnione koszty w wysokości, w jakiej zostały poniesione, nie więcej niż średnią cenę rynkową danego Leku w Polsce.
4. Jeśli koszty Leku zostały sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia, to Ubezpieczony zaznacza taką informację we wniosku o zwrot kosztów. Further nie zwraca części kosztów finansowanych przez publiczną służbę zdrowia.
5. Jeśli lek, który zaleca lekarz prowadzący w trakcie Leczenia za Granicą jako niezbędną kontynuację leczenia, nie jest dopuszczony do obrotu albo nie jest dostępny w Polsce, to Further finansuje zakup tego leku za granicą. W takim przypadku Further pokrywa również koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego, na zasadach obowiązujących w przypadku leczenia Poważnego Stanu Chorobowego.
6. Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - a) kosztów podania Leków ani
 - b) zwrotu kosztów zakupu Leków, które są dostępne bez recepty.

ART. 15 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ LUB INNYCH USŁUG I ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą ani kosztów innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Poważny Stan Chorobowy Ubezpieczonego następuje:
 - a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem 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 alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką to Dziecko pozostaje, zaleceń lekarskich lub odmową poddania się zaleconemu leczeniu lub badaniom diagnostycznym, co uniemożliwia potwierdzenie ostatecznej diagnozy, planu leczenia lub przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upóźnieniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - d) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - e) w wyniku AIDS lub HIV ani jeśli Poważny Stan Chorobowy współistnieje z AIDS lub HIV,
 - f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - g) w wyniku epidemii, którą ogłaszają władze państwowe.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą ani kosztów innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli:
 - a) w dniu wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczony nie ma stałego miejsca zamieszkania w Polsce lub
 - b) Ubezpieczony ma stałe miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed postawieniem diagnozy Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczony przebywał poza Polską więcej niż przez 183 dni kalendarzowe.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów zakupu lub wynajmu:
 - a) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca potrzebnych w związku z Leczeniem za Granicą,
 - b) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, górsów, bandaży, kul,
 - c) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk,
 - d) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
4. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów leczenia w przypadku jakiegokolwiek stanu Ubezpieczonego, który został spowodowany przez prawidłowo wykonane procedury medyczne zorganizowane w ramach Leczenia za Granicą, z wyjątkiem sytuacji, gdy dany stan jest Poważnym Stanem Chorobowym.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów:
 - a) postępowania sprawdzającego, czy dana osoba, wskazana jako potencjalny Dawca spoza członków rodziny Ubezpieczonego, może być Dawcą,
 - b) rekonwalescencji, opieki w domu, leczenia sanatoryjnego, uzdrowskiego ani w klinice medycyny naturalnej, kosztów pobytu w hospicjum, domu starców – nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
 - c) organizacji i kosztów Leczenia Alternatywnego ani Leczenia Eksperymentalnego, nawet jeśli zaleca je Ekspert podczas leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
 - d) organizacji i kosztów leczenia z wykorzystaniem Terapii Genowej, Terapii Komórkami Somatycznymi, Inżynierii Tkankowej, Terapii Limfocytami CAR-T,

- e) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż przygotowanie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub prowadzenie Leczenia za Granicą,
 - f) zakupu środków opatrunkowych dostępnych bez recepty,
 - g) zakupu przedmiotów użytku osobistego,
 - h) organizacji i pokrycia kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych (określonych w V edycji lub w edycjach późniejszych Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders "DSM-5", tj. „Klasyfikacji diagnostycznych zaburzeń psychicznych „DSM-5” Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego), niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna.
6. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą, ani innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Ubezpieczony nie wypetnia swoich obowiązków niezbędnych do organizacji tych usług lub pokrycia tych kosztów.
 7. Ani Further, ani my nie odpowiadamy za:
 - a) medyczną poprawność Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii,
 - b) skutki wdrożenia planów leczenia w ramach Leczenia za Granicą, w tym ich skuteczność,
 - c) skutki Leczenia za Granicą, w tym jego skuteczność,
 - d) doznane krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub moralne, które są skutkiem Poważnego Stanu Chorobowego,
 - e) straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy, które należą do Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej lub Dawcy w czasie Pobytu w Szpitalu lub podróży.

ART. 16 DEFINICJE POWAŻNYCH STANÓW CHOROBOWYCH, KTÓRYCH LECZENIE JEST OBJĘTE UBEZPIECZENIEM W RAMACH 4 MODUŁÓW OCHRONY

MODUŁ OCHRONY 1: NOWOTWÓR

- a) nowotwór złośliwy – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz może powodować naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe; do nowotworów złośliwych zaliczamy także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina),
 - b) rak przedinwazyjny lub carcinoma in situ (Tis) – ogniskowy, miejscowy, złośliwy rozrost komórkowy, który jest ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych – według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, the 8th Edition TNM Classification i następne) – wszystkich narządów poza skórą,
 - c) zmiany przedrakowe, które na podstawie badania cytologicznego lub histopatologicznego zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high grade dysplasia or severe dysplasia).
- Ubezpieczenie nie obejmuje:
- chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV,
 - nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym i nowotworami, które zgodnie z opisem badania histopatologicznego naciekają poza zewnętrzną warstwę skóry (naciekają poza naszkórek),
 - leczenia z wykorzystaniem Terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy)

MODUŁ OCHRONY 2: ZABIEG SERCOWO-NACZYNIOWY

Pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass): operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego.

Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie lub niedrożność tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, zaleca Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuje o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych.

Ubezpieczenie nie obejmuje przeszłokornej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe

Operacja zastawek serca: operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy życiu

mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przeszskórna operacja naprawcza zastawek serca.
Koniczność przeprowadzenia operacji potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

MODUŁ OCHRONY 3: ZABIEG NEUROCHIRURGICZNY

Zabieg neurochirurgiczny:

- dowolna operacja chirurgiczna wewnątrz mózgowca, w tym techniki minimalnie inwazyjne takie jak: gamma knife, cyberknife oraz procedury wykonywane śródnaczyniowo,
- leczenie operacyjne nowotworów tagodnych rdzenia kręgowego (Medulla spinalis)

Koniczność przeprowadzenia operacji potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

MODUŁ OCHRONY 4: PRZESZCZEP

Przeszczep narządów: zabieg operacyjny, podczas którego Ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, 1 albo 2 płaty płuca, segment wątroby lub fragment trzustki od zgodnego Dawcy.

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- przeszczepu, który musi być wykonany z powodu alkoholowej choroby wątroby,
- przeszczepu innego narządu niż wymienione,
- przeszczepu wysp trzustkowych,
- przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste,
- przeszczepu narządów kupionych od dawcy narządów

Koniczność przeszczepu potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

Przeszczep szpiku kostnego: przeszczepienie Ubezpieczonemu komórek szpiku kostnego (ang. bone marrow transplantation, BMT) lub krwiotwórczych komórek macierzystych z krwi obwodowej (ang. peripheral blood stem cell transplantation, PBST), które pochodzą od:

- Ubezpiezonego (przeszczep autologiczny),
- od zgodnego Dawcy (przeszczep allogeniczny albo izogeniczny).

Koniczność przeszczepu potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

JAK SIĘ ODBYWA LECZENIE ZA GRANICĄ – KROK PO KROKU

| | |
|--|---|
| <p>Krok I Potwierdzenie diagnozy</p> | <p>Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Further oraz:</p> <ul style="list-style-type: none"> zapewnia Further dostęp do swojej dokumentacji medycznej, wypełnia formularze, które otrzymuje z Further, odpowiada na pytania konsultanta dotyczące stanu zdrowia |
| <p>Krok II Decyzja o leczeniu za granicą</p> | <p>Jeśli Poważny Stan Chorobowy jest objęty ubezpieczeniem, to:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ubezpieczony podejmuje decyzję, czy chce skorzystać z Leczenia za Granicą, o swojej decyzji informuje Further |
| <p>Krok III Wybór placówki medycznej</p> | <ul style="list-style-type: none"> Further przygotowuje listę co najmniej 3 Placówek Medycznych, w których może być przeprowadzone leczenie, Ubezpieczony wybiera jedną z nich, a Further wydaje pisemną zgodę na opłacenie kosztów leczenia w tej placówce oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ubezpieczeniem (Certyfikat) |
| <p>Krok IV Wyjazd i leczenie</p> | <ul style="list-style-type: none"> Further organizuje podróż oraz cały proces leczenia Ubezpiezonego, a wyznaczony opiekun na każdym etapie służy Ubezpieczonemu pomocą, leczenie odbywa się zgodnie z przygotowanym wcześniej planem, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony otrzymuje 100 euro |
| <p>Krok V Powrót do Polski</p> | <p>Gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego nie jest już konieczne dalsze leczenie, Further organizuje powrót Ubezpiezonego do Polski</p> |
| <p>Krok VI Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą</p> | <p>Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, to:</p> <ul style="list-style-type: none"> kontaktuje się z Further, Further organizuje i finansuje tę opiekę za granicą albo zwraca koszty tej opieki w Polsce <p>Ubezpieczony może także korzystać ze zwrotu kosztów Leków kupionych już w Polsce</p> |

UMOWA DODATKOWA

Leczenie Szpitalne w Polsce

MATERIAŁ REKLAMOWY

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 otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

- 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/TZ/1/2025)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|--|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1-11 wraz z definicjami pojęć z Art. 1, Załącznik „Zasady organizacji i zakres Świadczeń Medycznych” |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 1 pkt 16, Art. 2 ust. 7-11, Art. 3, Art. 7 ust. 2-4, Art. 8 ust. 5, Art. 9, Załącznik „Zasady organizacji i zakres Świadczeń Medycznych” oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIE SZPITALNE W POLSCE (LSP/TZ/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, które:
 - a) zwiększają 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. **Koordynacja Opieki Szpitalnej** – wsparcie w zakresie korzystania ze Świadczeń Medycznych, udzielane Ubezpieczonemu przez Koordynatora Opieki Szpitalnej. Zakres czynności realizowanych w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej wskazujemy w Załączniku
7. **Koordynator Opieki Szpitalnej** – przedstawiciel LUX MED, którego zadaniem jest realizacja czynności, które obejmuje Koordynacja 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, nie związaną z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani jakkolwiek Chorobą Psychiczną 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 lub wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym lub 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 zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
25. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków
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 wypadła 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 | ✓ | ✓ | ✓ |
| 5 Rehabilitacja po Planowym Leczeniu Operacyjnym | ✓ | ✓ | ✓ |
| 6 Opieka medyczna po Hospitalizacji | ✓ | ✓ | ✓ |
| 7 Konsultacje psychologiczne po nowotworze złośliwym | ✓ | ✓ | ✓ |
| 8 Późnictwo i neonatologia | - | - | ✓ |
| 9 Szpitalny przegląd zdrowia | - | - | ✓ |

W Wariantcie 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 rozszerzenia zakresu o Świadczenia Medyczne, nie objęte ochroną w ramach Wariantu Ubezpieczenia przed zmianą.
- W tym samym czasie możemy obejmować Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednej Umowy Dodatkowej.

ART. 3 CZEGO UBEZPIECZENIE NIE OBEJMUJE

- Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - stanów zagrożenia życia lub zdrowia, które wymagają leczenia w trybie pilnym / cito lub ich następstw,
 - 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 nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrpulsacji,

W sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia zadzwonił na 112 lub skontaktował się ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym.

 - diagnostyki lub leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych,
 - 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 pęci 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 zawarteś 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 szkoty 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,
 - 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 szkoty rodzenia – kopii karty ciąży,

- e) w przypadku porodu, opieki płożnej 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 Wysokiego 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,
 - b) pisząc na adres: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2.
4. 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.
5. 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.
6. Decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia Medycznego wyda LMG w naszym imieniu w ciągu 30 dni od otrzymania wniosku o realizację Świadczenia Medycznego.
7. Jeśli ustalenie czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie Medyczne jest niemożliwe w tym 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.
8. 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.
9. 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 optacanie 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 Nieszczęśliwym Wypadkiem, który zaszedł po złożeniu wniosku o zmianę Wariantu Ubezpieczenia.

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

- 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.
- Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy Świadczeń Medycznych, które są skutkiem:
 - stosowania metod nieznanymi naukowo lub medycynie 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,
 - 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,
 - Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego lub udziału Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
 - 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,
 - popętnienia lub usiłowania popętnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 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,
 - 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,
 - Chorób Psychiczych, chorób ostepniennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) lub ich następstw.
- Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy Świadczeń Medycznych, w przypadku:
 - zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w Załączniku,
 - usuwania guzków lub zmian skórnych lub podskórnych o średnicy mniejszej niż 2 cm,
 - przeprowadzania zabiegów dotyczących leczenia poronień,
 - Wad Wrodzonych, Chorób Rzadkich lub ich następstw,
 - zabiegów lub operacji z zakresu kosmetologii, medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej, również ze wskazań medycznych lub będących skutkiem Nieszczęśliwego 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,
 - wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków, nie związanych z przeprowadzonym Świadczeniem Medycznym w Szpitalu lub Przychodni wskazanym przez LMG lub Koordynatora Opieki Szpitalnej, poza wystawionymi przez Lekarza,
 - 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.

- Jeśli Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić realizacji Świadczenia Medycznego.
- 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.
- Za błędy medyczne popełnione w związku z realizacją Świadczenia Medycznego odpowiada podmiot leczniczy, który wykonał to Świadczenie Medyczne.
- Za błędy, które wynikają z nienależyte prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego odpowiada podmiot leczniczy, który sporządził wyżej wymienioną dokumentację medyczną.
- Nie odpowiadamy za opóźnienie, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie Świadczeń Medycznych, które są objęte ubezpieczeniem, jeśli nastąpiło to w wyniku:
 - przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego, w tym przeciwskazań medycznych dotyczących Ubezpieczonego lub rezygnacji Ubezpieczonego ze Świadczenia Medycznego,
 - stanów kłęski żywiołowej, pandemii i epidemii,
 - ograniczeń w możliwości realizacji Świadczeń Medycznych, które zostały wprowadzone przez władze państwowe,
 - działania Siły Wyższej.W takim przypadku nie przysługuje rekompensata, w tym równowartość pieniężna.

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

- 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.
- Reklamacje, w tym skargi i zażalenia dotyczące realizacji Świadczeń Medycznych (za wyjątkiem skarg medycznych) mogą być zgłaszane do LMG:
 - w postaci elektronicznej na adres mailowy: reklamacje.ubezpieczenia@luxmed.pl;
 - w formie pisemnej:
 - poprzez przestanie na adres siedziby: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce, 02-678 Warszawa, ul. Szturmowa 2 albo na adres do doręczeń elektronicznych LMG, wpisany do bazy adresów elektronicznych;
 - poprzez osobiste dostarczenie pisemnej reklamacji do siedziby LMG;
 - w formie ustnej do spisywanego protokołu:
 - poprzez zgłoszenie telefoniczne pod numer tel.: 22 501 81 60
 - poprzez osobistą wizytę w siedzibie LMG.
- 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.
- LMG odpowie w formie pisemnej lub pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży taki wniosek, maksymalnie w ciągu 30 dni od daty otrzymania reklamacji.
- 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:
 - wyjaśni przyczynę opóźnienia;
 - wskaże okoliczności, które muszą zostać dodatkowo ustalone do rozpatrzenia sprawy;
 - określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania reklamacji.
- 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 błędów medycznych, 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 zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Alianz Życie S.A. nr 57/2025 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 10 maja 2025 r.

ZAŁĄCZNIK „ZASADY ORGANIZACJI I ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH”

| Świadczenie Medyczne | Zasady organizacji i zakres Świadczenia Medycznego |
|--------------------------------------|---|
| Koordinacja Opieki Szpitalnej | <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinacja Opieki Szpitalnej obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją: <ol style="list-style-type: none"> i. przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej, która planuje poród, ii. umówienie pobytu w Szpitalu zgodnie z wyborem Ubezpieczonego, iii. umówienie na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji, iv. monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji, v. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu, vi. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem, vii. przekazanie Ubezpieczonemu informacji dotyczących pobytu w Szpitalu. b) koordynację w trakcie Hospitalizacji: <ol style="list-style-type: none"> i. przekazania wszystkich dokumentów niezbędnych do realizacji Świadczenia Medycznego, ii. bieżący kontakt ze Szpitalem, iii. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji Świadczenia Medycznego osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym, iv. umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Hospitalizacji, v. organizację kołowego transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez LMG wskazań medycznych: <ol style="list-style-type: none"> a. 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, b. ze szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego. c) koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza: <ol style="list-style-type: none"> i. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji, ii. organizację kołowego transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez LMG wskazań medycznych: <ol style="list-style-type: none"> a. z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala, b. ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego. iii. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dotyczącej zrealizowanego Świadczenia Medycznego. d) koordynację szpitalnego przeglądu zdrowia: <ol style="list-style-type: none"> i. przedstawienie propozycji Szpitala realizującego szpitalny przegląd zdrowia, ii. umówienie szpitalnego przeglądu zdrowia, iii. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie Świadczenia Medycznego, wymaganych dokumentach oraz potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu, iv. monitorowanie realizacji szpitalnego przeglądu zdrowia, v. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem, vi. przekazanie Ubezpieczonemu informacji dotyczących realizacji szpitalnego przeglądu zdrowia, <p>o ile Świadczenie Medyczne jest objęte ubezpieczeniem w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego Wariantu Ubezpieczenia.</p> |
| Opieka medyczna przed Hospitalizacją | <ol style="list-style-type: none"> 1. Opieka medyczna przed Hospitalizacją obejmuje świadczenia diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. 2. 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. 3. Opieka medyczna przed Hospitalizacją, jest niezbędna do: <ol style="list-style-type: none"> a) określenia konieczności Hospitalizacji, jej typu, metody i zakresu zabiegu, b) zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, c) określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu, d) opracowania planu leczenia. 4. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie obejmuje: <ol style="list-style-type: none"> a) postawienie diagnozy, b) monitorowanie leczenia, c) poradnictwa ogólnomedycznego, d) wydania drugiej opinii medycznej, e) prowadzenia ciąży. |
| Planowe Leczenie Niezabiegowe | <p>Ubezpieczenie obejmuje przeprowadzenie diagnostyki i planowego leczenia w oddziałach: chorób wewnętrznych, gastroenterologii, kardiologii Szpitala, z wyłączeniem:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) 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, b) Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych, c) diagnostyki i leczenia następstw udarów mózgu, d) 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: 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 falkijnych), za wyjątkiem wszczepienia soczewek korygujących podczas jednoczasowej operacji zaomy, 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 korekcją 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 zespajających, 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. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Rehabilitacja po Planowym Leczeniu Operacyjnym</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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 wzrostu kostnego wykorzystujących oddziaływanie fizyczne (np. falę ultradźwiękową), g) rehabilitacji zleconej przez inny podmiot leczniczy niż wskazany przez LMG. <p>Ubezpieczenie obejmuje także jedną wizytę podsumowującą rehabilitację.</p> | | |
| <p>Opieka medyczna po Hospitalizacji</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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. | | |
| <p>Konsultacje psychologiczne po nowotworze złośliwym</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p> | | |
| <p>Położnictwo i Neonatologia (tylko w Wariancie Ubezpieczenia Premium)</p> | <p>Ubezpieczenie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) szkołę rodzenia, b) przyjęcie porodu drogami natury lub poprzez cięcie cesarskie, c) indywidualną opiekę położniczą podczas porodu, d) opiekę neonatologiczną nad noworodkiem, <p>z wyłączeniem:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) prowadzenia Cięży Wysokiego Ryzyka, b) 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, c) 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, d) wykonywania testów genetycznych płodu, amniopunkcji i kordocentezy, e) opieki neonatologicznej nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii w warunkach ośrodka III poziomu opieki perinatalnej. | | |
| <p>Szpitalny przegląd zdrowia (tylko w Wariancie Ubezpieczenia Premium)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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: | | |
| <p>Szpitalny przegląd zdrowia dla kobiety w wieku poniżej 40 lat</p> | | | |
| <table border="0"> <tr> <td> <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, Ferrytyna </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty i ginekologa </td> </tr> </table> | | <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, Ferrytyna | <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty i ginekologa |
| <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, Ferrytyna | <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty i ginekologa | | |
| <p>Raport stanu zdrowia i zalecenia</p> | | | |
| <p>Szpitalny przegląd zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej</p> | | | |
| <table border="0"> <tr> <td> <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, FSH, Testosteron, Ferrytyna </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Mammografia • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa </td> </tr> </table> | | <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, FSH, Testosteron, Ferrytyna | <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Mammografia • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa |
| <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, FSH, Testosteron, Ferrytyna | <ul style="list-style-type: none"> • Badanie EKG – spoczynkowe • RTG klatki piersiowej • USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne • Mammografia • Cytologia szyjki macicy • Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa | | |
| <p>Raport stanu zdrowia i zalecenia</p> | | | |

Szpitalny przegląd zdrowia dla mężczyzny w wieku poniżej 40 lat

- 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
- 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

- 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
- 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 57/2025 i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 10 maja 2025 r.

„Assistance Onkologiczny”

Co zyskujesz w razie zachorowania na raka?

- **Pomoc w diagnostyce i leczeniu**
Zorganizujemy i opłacimy 20 świadczeń medycznych, takich jak m.in.: konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, badania specjalistyczne, w tym: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa. Możesz z nich korzystać również w razie podejrzenia raka – wystarczy, że otrzymasz kartę DiLO (Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego).
- **Wsparcie assistance w leczeniu i powrocie do zdrowia**
Zapewnimy m.in.: transport medyczny, konsultacje psychoonkologa, rehabilitację.
- **Pokrycie kosztów operacji plastycznej po leczeniu**
Pokryjemy koszty nawet do 20 000 zł.

Warto wiedzieć

Z „Assistance Onkologicznego” mogą też korzystać Twoi bliscy (biologiczne dziecko i rodzeństwo).

Jeśli zachorujesz na raka, zapewnimy im:

- organizację i opłacenie testu genetycznego,
- konsultację onkologiczno-genetyczną,
- wizyty u psychoonkologa.

Jeśli na raka zachorują Twoi biologiczni rodzice, rodzeństwo lub dziecko, zapewnimy Ci:

- organizację i opłacenie testu genetycznego,
- konsultację onkologiczno-genetyczną,
- 5 wizyt u psychoonkologa.

Jak skorzystać z assistance?

Wszystkie informacje znajdziesz na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY” (AONCO/TZ/3/2024)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1-8 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 2 ust. 9-11 Art. 7 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY” (AONCO/TZ/3/2024)

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 ułatwią 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Dziecko** – dziecko własne (biologiczne) lub przysposobione Ubezpieczonego
3. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego i nie jest członkiem jego rodziny
4. **Leki** – przepisane przez lekarza Ubezpieczonego:
 - a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” oraz
 - b) leki recepturowe,których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
5. **Matzonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
6. **Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Do takich nowotworów złośliwych zaliczamy także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, a także inne zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym. Diagnoza Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Dzień wykonania tego badania (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) przyjmujemy za dzień wystąpienia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym

7. **Partner** – osoba, która z Ubezpieczonym prowadzi wspólne gospodarstwo domowe w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
8. **Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
9. **Rodzic Ubezpieczonego** – ojciec, matka, ojczym lub macocha Ubezpieczonego
10. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
11. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia mu samodzielne funkcjonowanie
12. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
13. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; Transportem Medycznym nie jest transport na wizyty kontrolne oraz dojazd do poradni rehabilitacyjnej
14. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 65 lat (w przypadku Dziecka – mniej niż 18 lat) i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie.

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej także: karta DiLO) w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczenie obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w czasie ochrony ubezpieczeniowej, a badanie mikroskopowe, którego wynik potwierdza diagnozę, będzie miało miejsce już po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie cięta, które powstały w wyniku operacyjnego usunięcia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, ubezpieczenie obejmuje także organizację oraz pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do 20 000 zł w odniesieniu do jednego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.
4. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz które są realizowane:
 - a) za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
 - b) na terenie Polski.
5. Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej u Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego Ubezpieczonemu zostanie wydana karta DiLO, to organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1. W tabeli tej wskazujemy również zasady, które obowiązują podczas organizacji i realizacji tych świadczeń.

Tabela nr 1 Świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydania karty DiLO

| Rodzaj i opis świadczenia medycznego | Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie jednej karty DiLO |
|--|--|
| I. Konsultacje | |
| 1. chirurg | 11. hepatolog |
| 2. okulista | 12. hematolog |
| 3. otolaryngolog | 13. nefrolog |
| 4. ortopeda | 14. dermatolog |
| 5. ginekolog | 10. endokrynolog |
| II. Diagnostyka laboratoryjna | |
| Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza Prowadzącego w związku z tą samą diagnozą lub wydaniem jednej karty DiLO. | |
| 15. | |
| • mocza – badanie ogólne | • CRP ilościowo |
| • OB | • HBs przeciwciała |
| • morfologia | • HCV przeciwciała |
| • APTT | • IgE całkowite |
| • PT | • markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, CA 19-9, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21 |
| • fibrynogen | • proteinogram |
| • glukoza | • ferrytyna |
| • elektrolity (sód i potas) | • wapń całkowity |
| • lipidogram | • fosfor nieorganiczny |
| • próby wątrobowe | • magnez |
| III. Badania specjalistyczne | |
| 16. biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym) | |
| 17. badania radiologiczne (RTG) | |
| 18. badania ultrasonograficzne (USG) | |
| 19. rezonans magnetyczny | 1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych |
| 20. tomografia komputerowa | 1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych |
| IV. Infolinia medyczna | |
| W ramach infolinii medycznej zapewnimy Ubezpieczonemu telefoniczny dostęp do informacji dotyczących: | |
| 1. niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych, | |
| 2. diet, metod zdrowego żywienia, | |
| 3. działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży, | |
| 4. danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, | bez limitu |
| 5. danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, | |
| 6. danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, | |
| 7. danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów, | |
| 8. danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę. | |

6. Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym, to organizujemy i pokrywamy także koszty świadczeń, których zakres i zasady realizacji wskazujemy w Tabeli nr 2, w części I.

Jeśli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, to organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń, których zakres i zasady realizacji wskazujemy w Tabeli nr 2, w części II.

Tabela nr 2 Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym oraz konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego

| Rodzaj i opis świadczenia | Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym | |
|--|---|----------------------------|
| I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym | | |
| 1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego | | |
| <p>Gdy Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego, zapewnimy:</p> <p>a) organizację i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).</p> | | |
| 2. Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego | | |
| Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków – koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony. | | |
| 3. Dostarczenie Leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego | | |
| Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków – koszt Leków pokrywa Ubezpieczony. | | |
| 4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego | | |
| Gdy wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego – dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu Leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony. | | |
| 5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego | | |
| Gdy Ubezpieczony używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego, do limitu wskazanego w kolumnie obok. | | |
| 6. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do Placówki Medycznej | 5000 zł | |
| Transporty Medyczne są organizowane do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w Placówce Medycznej. | | |
| 7. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z Placówki Medycznej do miejsca pobytu | | |
| Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego z Placówki Medycznej, w której przebywa Ubezpieczony, do miejsca jego pobytu. | | |
| 8. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą pomiędzy Placówkami Medycznymi | | |
| Transporty są organizowane w przypadku, gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej. | | |
| 9. Opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi i osobami niesamodzielnymi | | |
| Gdy wymagana jest opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki. | | |
| 10. Opieka nad psem lub kotem | | |
| Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu psa lub kota do wskazanego miejsca | | |
| 11. Pomoc domowa w miejscu pobytu Ubezpieczonego | | |
| Gdy wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów - nie pokrywamy kosztów podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków. | | |
| 12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego | | |
| Gdy Ubezpieczony chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii. | maksymalnie 5 konsultacji | |
| 13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji | | |
| Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego, zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których będą wykonywane: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (nie pokrywamy kosztu wypożyczenia lub zakupu urządzeń) | <ul style="list-style-type: none"> • trening oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego | maksymalnie 10 konsultacji |
| <ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego | <ul style="list-style-type: none"> • fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego | |

| II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego | Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym |
|---|--|
| 1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów | 1 test |
| W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania Ubezpieczonemu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty), badającego przynajmniej jeden z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków rodziny Ubezpieczonego. | |
| 2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna | 1 konsultacja |
| W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy Ubezpieczonemu koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów u Ubezpieczonego. | |
| 3. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego | maksymalnie 5 konsultacji |
| Gdy Ubezpieczony po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii. | |
| 7. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, Ubezpieczonemu należne jest także świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (suma ubezpieczenia assistance) do wykorzystania na świadczenia assistance, które wskazujemy w Tabeli nr 3. Świadczenie to realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego Centrum Operacyjnemu za wykonanie świadczeń assistance, które Ubezpieczony wybrał z tej tabeli. | 8. Wynagrodzenie wypłacane Centrum Operacyjnemu jest ograniczone do sum ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, zgodnie z Tabelą nr 3. Sumy ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednej diagnozy Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, po realizacji każdego świadczenia assistance są obniżane o wartość wykonanego świadczenia. |

Tabela nr 3 Świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania u niego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym związane z jego Matronką, Partnerem, Dzieckiem lub rodzeństwem

| Rodzaj i opis świadczenia | Suma ubezpieczenia assistance na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym |
|---|---|
| I. Pomoc assistance związana z Matronką/Partnerem lub Dzieckiem | 3000 zł |
| Psychoonkolog | maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla Matronki/Partnera lub Dziecka |
| Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, jego Matronka/Partner lub Dziecko chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii. | |
| II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z biologicznym dzieckiem lub rodzeństwem Ubezpieczonego | 5000 zł |
| 1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów | 1 test dla każdego z biologicznych dzieci lub rodzeństwa Ubezpieczonego (niezależnie od liczby genów badanych w ramach jednego testu) |
| W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania biologicznemu dziecku lub rodzeństwu Ubezpieczonego testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty) badającego przynajmniej jeden z następujących genów: BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez biologiczne dziecko lub rodzeństwo Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym zdiagnozowany u Ubezpieczonego. | |
| 2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna | 3000 zł |
| W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego biologicznemu dziecku lub rodzeństwu Ubezpieczonego. | 1 konsultacja dla każdego biologicznego dziecka lub rodzeństwa Ubezpieczonego |
| 3. Psychoonkolog | 3000 zł |
| Gdy biologiczne dziecko lub rodzeństwo Ubezpieczonego po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii. | maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla biologicznego dziecka lub rodzeństwa |

9. Ubezpieczenie nie obejmuje:

- a) zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer - AJCC, the 8th Edition of the TNM Classification i następnych),
- b) nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
- c) nowotworów gruczołu krokowego:
 - w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM, poza takimi nowotworami w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7,
 - dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony, poza takimi nowotworami, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony i dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7,
- d) raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,
- e) guzów granicznych jajnika w stadium IA ani IB według klasyfikacji FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne),
- f) chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to przyjmujemy, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia.

10. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit, który wskazujemy w Tabeli nr 2, lub sumę ubezpieczenia assistance, którą wskazujemy w Tabeli nr 3, to zorganizujemy i zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem lub sumą ubezpieczenia assistance.
11. Jeśli spóźnisz się z płatnościami Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 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.
2. Nie zawieramy kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – informuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, to ma obowiązek:

- a) złożyć wniosek o realizację świadczenia wraz z dokumentami, które wskazujemy jako niezbędne do określenia, czy i w jakiej wysokości świadczenie jest należne,
- b) współpracować z Centrum Operacyjnym w zakresie organizacji i realizacji świadczeń, w tym uzgodnienia miejsca realizacji świadczenia,
- c) w przypadku, gdy diagnoza została postawiona za granicą – dostarczyć dokumentację medyczną przetłumaczoną na język polski albo język angielski.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz Wiek Ubezpieczonego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ, KTÓRE SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości świadczenie należy się Ubezpieczonemu, potrzebujemy:
 - a) wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów, które potwierdzają zdiagnozowanie Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu karty DiLO.
2. Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
3. Zawiadomienie o zdiagnozowaniu Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydaniu Ubezpieczonemu karty DiLO można złożyć:
 - a) telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - b) pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
 - c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości, to spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
5. Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
6. Centrum Operacyjne w porozumieniu z Ubezpieczonym ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Zorganizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości.
7. Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Ubezpieczonym Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ubezpieczonego o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit świadczeń lub sumę ubezpieczenia assistance.
8. W celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia w odniesieniu do Dziecka, Matzonka, Partnera, biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa, w zakresie określonym w art 38 ust. 2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, potrzebujemy informacji o stanie ich zdrowia. Dlatego do zgłoszenia rozszczenia z tytułu świadczeń związanych z Dzieckiem, Matzonkiem, Partnerem, biologicznym ojcem lub matką lub rodzeństwem należy dołączyć:
 - a) ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz
 - b) upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej).

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub wydanie karty DiLO nastąpią:
 - a) wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
 - b) 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 przepisali ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- c) skutek leczenia eksperymentalnego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
 - d) skutek 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.
 - e) skutek umyślnego działania Ubezpieczonego,
 - f) skutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - g) skutek zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
 - h) skutek wad wrodzonych,
 - i) skutek zakażenia wirusem HIV,
 - j) skutek użycia materiałów lub substancji biologicznych lub chemicznych (lub ich składników), w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

- 2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym rozpoczęło się przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 3. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
- 4. 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, strajków, Aktów Terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, a także ograniczeń w poruszaniu się, które zostały wprowadzone przez władze państwowe.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 22/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

Niezdolność do pracy

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli lekarz stwierdzi u Ciebie niezdolność do pracy.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w tej umowie dodatkowej, to **1 000 000 zł**.

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie dotyczy:

- całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy, która jest konsekwencją choroby lub wypadku, trwa nieprzerwanie minimum 12 miesięcy i ma charakter trwały i nieodwracalny

oraz

- czasowej niezdolności do pracy spowodowanej zachorowaniem na nowotwór złośliwy, która trwa minimum 3 miesiące.

Zwróć uwagę

W razie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wypłacamy 100% kwoty, na którą się ubezpieczyłeś.

- W razie czasowej niezdolności do pracy wypłacamy 10% kwoty, na którą się ubezpieczyłeś.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/TZ/5/2024)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|--|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1-4 wraz z definicjami pojęć z art. 1 Art. 6 ust. 1-2 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 2 ust. 5-7 Art. 6 ust. 3 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/TZ/5/2024)

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 ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
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. **Niezdolność do Pracy** – Trwata i Całkowita Niezdolność do Pracy lub Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy
4. **Nowotwór Złośliwy w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości. Ubezpieczenie obejmuje następujące Nowotwory Złośliwe w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości:
 - a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą,
 - b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
 - c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0),
 - d) rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,
 - e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa,
 - f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne. Rozpoznanie Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

W zakresie Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika.

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- dysplazji,
- zmian przedrakowych,
- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji,
- mięsaków Kaposiego, chłoniaków niezziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia

5. **Nowotwór Złośliwy w Wysokim Stopniu Zaawansowania** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe.

Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa.

Rozpoznanie Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

W zakresie Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania ubezpieczenie nie obejmuje:

- nowotworów, które spełniają definicję Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości,
- guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne).

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji,
- mięsaków Kaposiego, chłoniaków niezziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia

6. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu: na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym, w ośrodku opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym lub wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym ani szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym
7. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zająć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
8. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku Niezdolności do Pracy. Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
 - b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
10. **Trwata i Całkowita Niezdolność do Pracy** – trwata i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej. Ta niezdolność musi spełniać wszystkie poniższe warunki:

- a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego,
- b) być spowodowana rozstrojem zdrowia lub uszkodzeniem ciała, które również wystąpiły w czasie tej ochrony,
- c) utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 12 miesięcy,
- d) po zakończeniu tego minimalnego okresu mieć – na podstawie aktualnej wiedzy i oceny medycznej – charakter trwały, całkowity i nieodwracalny, czyli nie rokować odzyskania zdolności do wykonywania żadnej Aktywności Zarobkowej.

Jeśli podczas tego minimalnego okresu utrzymywania się Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego minimalnego okresu nie musi przypadać w czasie ochrony ubezpieczeniowej

11. Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy (Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy) – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy. Ta niezdolność musi spełniać wszystkie poniższe warunki:

- a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy,
- b) być spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które również wystąpiło w czasie tej ochrony,
- c) z powodu tego zachorowania utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 3 miesięcy.

Ubezpieczenie obejmuje Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy spowodowaną Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, która została potwierdzona zaświadczeniami lekarskimi wystawionymi w związku z tym zachorowaniem. Takim zaświadczeniem lekarskim jest zwolnienie lekarskie lub inny równoważny dokument przewidziany w przepisach o ubezpieczeniach społecznych i wydawany na ich podstawie w celu uzyskania prawa do świadczeń pieniężnych za okres Niezdolności do Pracy, w tym świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego lub rentowego. Takie zaświadczenia lekarskie muszą obejmować nieprzerwany minimalny okres 3 miesięcy przypadających w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy. Dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy jest wtedy pierwszy dzień nieprzerwanego okresu, na jaki wystawiono takie zaświadczenia lekarskie.

Jeśli Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy nie może zostać potwierdzona takimi zaświadczeniami lekarskimi, to wystarczy, że w ramach leczenia Zachorowania na Nowotwór Złośliwy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy:

- zastosowano leczenie operacyjne podczas Pobytu w Szpitalu w związku z tym zachorowaniem i wtedy dzień, w którym przeprowadzono to leczenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy; ubezpieczenie nie obejmuje biopsji igłowych, kolonoskopii, gastroskopii ani endoskopii górnych ani dolnych dróg oddechowych

lub

- zastosowano chemioterapię onkologiczną, radioterapię onkologiczną lub immunoterapię onkologiczną i wtedy dzień, w którym rozpoczęto to leczenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy

lub

- zalecono paliatywne leczenie tego zachorowania i wtedy dzień, w którym onkolog wydał to zalecenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy.

Jeśli Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy jest potwierdzona przez więcej niż jeden ze sposobów leczenia, które wskazujemy wyżej, to wtedy dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy jest najwcześniejszy z dni, które wskazujemy dla tych sposobów leczenia.

Jeśli podczas minimalnego okresu utrzymywania się Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, który wskazujemy wyżej, Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego minimalnego okresu nie musi przypadać w czasie ochrony ubezpieczeniowej

- 12. Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie

13. 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)

14. Zachorowanie na Nowotwór Złośliwy – choroba Ubezpieczonego, która:

- a) spełnia definicję Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania lub definicję Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości oraz
- b) wystąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, i nie stanowi progresji, przerzutu ani innej wznowy nowotworu złośliwego, który wystąpił przed rozpoczęciem tej ochrony.

Dniem Zachorowania na Nowotwór Złośliwy jest dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy

15. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarnictwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
16. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy, także taką, która powstaje na skutek Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
3. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy obejmujemy Ubezpieczonego w ramach pierwszej Umowy Dodatkowej zawieranej na podstawie Twojego Wniosku zarejestrowanego po 13 września 2024 r. lub w ramach kolejnej Umowy Dodatkowej zawieranej na podstawie naszej propozycji przygotowanej po tym dniu.
4. W razie Niezdolności do Pracy wyptacamy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Po wyptacie pieniędzy za Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wyptacamy pieniędzy w razie innej Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
 - a) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy
 lub
 - b) obie niezdolności są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy
 lub
 - c) obie niezdolności są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.
6. Po wyptacie pieniędzy za Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wyptacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
 - a) obie niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu

lub

- b) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy

lub

- c) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.

7. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli została spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które miało miejsce w pierwszych 90 dniach ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w pierwszej Umowie Dodatkowej. Nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy także wtedy, gdy została spowodowana progresją, przerzutem lub inną wznową tego nowotworu złośliwego – niezależnie od momentu ich wystąpienia.

ART. 3 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, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) w ostatnim dniu minimalnego okresu utrzymywania się Niezdolności do Pracy, za którą wypłacamy łącznie 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - e) w ostatnim dniu minimalnego 12-miesięcznego okresu utrzymywania się najwcześniejszej Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
 - f) 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,
 - g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego. Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje lub
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Niezdolność do Pracy jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli wystąpi Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy, wypłacamy Ubezpieczonemu 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje:
 - a) w ostatnim dniu minimalnego 12-miesięcznego okresu utrzymywania się tej Niezdolności do Pracy albo
 - b) w dniu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej z upływem okresu, na który została zawarta, jeśli nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej,w zależności od tego, który z tych dni jest wcześniejszy.
2. Jeśli wystąpi Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy, wypłacamy Ubezpieczonemu 10% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje:
 - a) w ostatnim dniu minimalnego 3-miesięcznego okresu utrzymywania się tej Niezdolności do Pracy albo
 - b) w dniu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej z upływem okresu, na który została zawarta, jeśli nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej,w zależności od tego, który z tych dni jest wcześniejszy.
3. Jeśli wypłaciśmy pieniądze za Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – oraz wystąpiła Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy i ponadto:
 - a) obie niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu, lub
 - b) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy lub
 - c) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie,to te wypłacone pieniądze są częścią świadczenia w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, a my doptacamy do kwoty, która przysługuje w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentacji medycznej z przebiegu diagnostyki i leczenia Ubezpieczonego, która potwierdza Niezdolność do Pracy i jej przyczynę, w tym: dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, wyników badań, zwolnień, orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, kopii decyzji organów rentowych.

Możemy również poprosić Ubezpieczonego o inne dokumenty, jeśli będą niezbędne, aby ustalić naszą odpowiedzialność.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:

- a) 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,

- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich,
- c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
- d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,

- g) 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,
- h) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 103/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

Leczenie w szpitalu – „Na Zdrowie”

Co zyskujesz?

- Po leczeniu w szpitalu wypłacimy Ci pieniądze w wysokości, która zależy od wybranego wariantu umowy oraz zastosowanego sposobu leczenia określonej choroby lub urazu. Wysokość wypłaty znajdziesz w wykazie liczącym ponad **400** postępowań medycznych.
- Otrzymasz dodatkowe środki – od **360 zł** do nawet **18 150 zł** – np. na zakup leków, jeśli wybierzesz opcję Świadczenie lekowe.

Warto wiedzieć

Pieniądze otrzymasz po leczeniu w szpitalu – niezależnie od tego, czy będzie to szpital państwowy, prywatny czy placówka chirurgii jednego dnia.

Zwróć uwagę

Ubezpieczenie nie obejmuje konsultacji lekarskich ani badań diagnostycznych, które odbędą się poza szpitalem, np. w przychodni. Dostęp do lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych zapewni Ci Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”
→ allianz.pl/pl_PL/dla-ciebie/zycie-i-zdrowie/umowy-dodatkowe/badz-zdrow.html

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (ZD/TZ/7/2024)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1-4 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 2 ust. 5-10 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (ZD/TZ/7/2024)

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 ułatwią 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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

- Ambulatorium** – podmiot leczniczy, który udziela świadczeń medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i jest zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń ambulatoryjnych. Ambulatorium nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
- Główne Postępowanie Medyczne** – Postępowanie Medyczne, które wskazujemy w części I Wykazu i które zostało przeprowadzone w Szpitalu, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, izby przyjęć oraz przychodni/poradni przyszpitalnej
- Inne Postępowanie Medyczne** – Postępowanie Medyczne, spoza części I Wykazu, które jest przeprowadzane w czasie Pobytu w Szpitalu dłuższego niż 5 dni
- Limit Wypłat** – maksymalna łączna kwota: wypłat za Postępowania Medyczne, Świadczeń Dodatkowych i Świadczeń Lekowych, która obowiązuje w każdej Umowie Dodatkowej. Limit Wypłat wskazujemy w części VII Wykazu, osobno dla każdego Poziomu Świadczeń
- 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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
- Pobyt w Ambulatorium** – pobyt Ubezpieczonego w Ambulatorium. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Ambulatorium zgodnie z obowiązującymi przepisami i musi rozpocząć się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
- Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i musi rozpocząć się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Pobyt w Szpitalu nie jest pobyt na oddziale rehabilitacyjnym
- Postępowanie Medyczne** – procedura medyczna, którą stosuje się:
 - a) w leczeniu Ubezpieczonego lub diagnostyce jego choroby albo urazu, podczas Pobytu w Szpitalu,
 - b) w leczeniu choroby albo urazu Ubezpieczonego, podczas Pobytu w Ambulatorium.Wyróżniamy następujące rodzaje Postępowania Medycznych: Główne Postępowanie Medyczne, Inne Postępowanie Medyczne, Postępowanie Medyczne SOR oraz Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne
- Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne** – Postępowanie Medyczne, które jest przeprowadzane podczas Pobytu w Ambulatorium, ma charakter leczenia inwazyjnego, czyli odbywa się z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych oraz odpowiada opisowi postępowania, które wskazujemy w Części I Wykazu z wyłączeniem części „Skóra”. Postępowaniem Medycznym Ambulatoryjnym nie jest:
 - a) postępowanie medyczne wykonywane z powodów diagnostycznych, nawet jeśli w jego trakcie zastosowano leczenie o charakterze inwazyjnym,
 - b) usunięcie ciała obcego, w tym kleszcza, czyli pajęczaka z podgromady roztoczy,
 - c) usunięcie szwów chirurgicznych,
 - d) dializoterapia, chemioterapia, tlenoterapia, aplikowanie substancji do organizmu, w tym wstrzyknięcie podskórne, domięśniowe, dostawowe oraz do światła naczynia krwionośnego
- Postępowanie Medyczne SOR** – Postępowanie Medyczne, które jest przeprowadzane podczas pobytu Ubezpieczonego w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć
- Poziom Świadczeń** – kwoty, które wskazujemy w Wykazie – dla każdego typu Postępowania Medycznego oraz dla Świadczenia Dodatkowego. Kwoty te nie podlegają indeksacji. Poziom Świadczeń (I, II albo III) wybierasz zanim zawrzesz z nami Umowę Dodatkową, a w czasie trwania tej umowy możesz złożyć wniosek o jego zmianę
- Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
- Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia lub
 - b) wykonuje zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym Postępowania Medycznego i zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych. Szpitalem nie jest Ambulatorium, ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
- Świadczenie Dodatkowe** – pieniądze, które wypłacamy dodatkowo w związku z Głównym Postępowaniem Medycznym, jeśli zachodzą okoliczności, które opisujemy w części V Wykazu
- Świadczenie Lekowe** – pieniądze, które wypłacamy dodatkowo w związku z Głównym Postępowaniem Medycznym, jeśli zachodzą okoliczności, które wskazujemy w części VI Wykazu. Można przeznaczyć je na przykład na zakup produktów leczniczych
- Ubezpieczony – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
- 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)
- Wykaz Postępowania Medycznych (Wykaz)** – dokument, który zawiera:
 - a) Główne Postępowania Medyczne (część I),
 - b) Inne Postępowania Medyczne (część II),
 - c) Postępowania Medyczne SOR (część III),
 - d) Postępowania Medyczne Ambulatoryjne (część IV),
 - e) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Dodatkowe (część V),
 - f) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Lekowe (część VI),
 - g) Limity Wypłat dla wszystkich Poziomów Świadczeń (część VII)

wraz z kwotami, które są podstawą do obliczenia wypłaty za każdy rodzaj Postępowania Medycznego

19. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
20. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
- Wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia zgodnie z tabelą wypłat, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, występują:
 - Główne Postępowania Medyczne,
 - Inne Postępowania Medyczne,
 - Postępowania Medyczne SOR,
 - Postępowania Medyczne Ambulatoryjne,
 - okoliczności, które powodują wypłatę Świadczeń Dodatkowych, lub
 - okoliczności, które powodują wypłatę Świadczeń Lekowych – jeśli wybrałeś taką opcję,
 także wtedy, gdy te postępowania lub okoliczności występują w związku z Rekreatywnym Uprawianiem Sportu.
- Kwota wypłaty zależy od:
 - rodzaju przeprowadzonego Postępowania Medycznego,
 - Poziomu Świadczeń,
 - tego, czy zachodzą okoliczności do wypłaty Świadczenia Dodatkowego,
 - tego, czy została wybrana opcja Świadczenia Lekowego i czy zachodzą okoliczności do wypłaty takiego świadczenia.
 Kwota wypłaty nie może przekroczyć Limitu Wypłat.
- Wypłaty za różne rodzaje Postępowania Medycznych opisuje tabela wypłat:

| Rodzaj Postępowania Medycznego w czasie tego samego Pobytu w Szpitalu/ Pobytu w Ambulatorium | Tabela wypłat | Świadczenie Dodatkowe | Świadczenie Lekowe (opcja) |
|--|--|---|---|
| | | Postępowanie Medyczne | takie świadczenie wypłacamy tylko w przypadku wystąpienia Głównego Postępowania Medycznego, za które wypłacamy 100% kwoty za takie postępowanie |
| Główne Postępowanie Medyczne | 100% kwoty za to postępowanie | | |
| Więcej niż jedno Główne Postępowanie Medyczne | 100% najwyższej kwoty oraz 75% najwyższej kwoty za pozostałe przeprowadzone postępowania | jedna wypłata za każdą z okoliczności, które wskazujemy w V części Wykazu – o ile obejmujemy Ubezpieczonego nieprzerwaną ochroną ubezpieczeniową od dnia, w którym zostało przeprowadzone Główne Postępowanie Medyczne, do dnia, w którym występują te okoliczności | |
| Główne Postępowanie Medyczne i Inne Postępowanie Medyczne | | | jedna wypłata za każdą z okoliczności, które wskazujemy w VI części Wykazu |
| Główne Postępowanie Medyczne i Postępowanie Medyczne SOR | jedno świadczenie – za Główne Postępowanie Medyczne (100% kwoty za takie postępowanie) | | |
| Postępowanie Medyczne SOR, Główne Postępowanie Medyczne i Inne Postępowanie Medyczne | | | |
| Jedno albo więcej niż jedno Inne Postępowanie Medyczne | jedno świadczenie za Inne Postępowanie Medyczne (100% kwoty za takie postępowanie) | | |
| Inne Postępowanie Medyczne oraz Postępowanie Medyczne SOR | | | |
| Postępowanie Medyczne SOR | jedno świadczenie (100% kwoty za takie postępowanie) | | |
| Jedno albo więcej niż jedno Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne | jedno świadczenie (100% kwoty za takie postępowanie) | | |

- Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje tylko takie Postępowania Medyczne, które są skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku.
- Ubezpieczenie nie obejmuje Głównego Postępowania Medycznego związanego z chorobą zwyrodnieniową stawu leczoną endoprotezoplastyką, jeśli Pobyt w Szpitalu, który wiąże się z tym postępowaniem rozpoczyna się w pierwszych 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej.
- Ubezpieczenie nie obejmuje Innego Postępowania Medycznego, Postępowania Medycznego SOR ani Postępowania Medycznego Ambulatoryjnego, jeśli Pobyt w Szpitalu lub Pobyt w Ambulatorium wiąże się z ciążą, porodem lub potogiem. Ubezpieczenie obejmuje te postępowania, jeśli przyczyną Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Ambulatorium jest potwierdzone w dokumentacji medycznej: zagrożenie poronieniem, poronienie, ciąża pozamaciczna, zagrożenie życia

osoby, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową, lub zagrożenie życia dziecka.

- Nie wypłacamy pieniędzy za kolejne:
 - takie samo Główne Postępowanie Medyczne,
 - Postępowanie Medyczne SOR,
 - Główne Postępowanie Medyczne lub Inne Postępowanie Medyczne, które wiążą się z leczeniem tej samej choroby i z zastosowaniem takiej samej metody leczenia,
 jeśli za takie Postępowanie Medyczne poprzednio wypłaciliśmy już pieniądze i nie upłynął odpowiedni okres karencji (12 miesięcy albo 18 miesięcy, albo 5 lat) – od końca poprzedniego Pobytu w Szpitalu, w czasie którego zostało przeprowadzone takie postępowanie, do początku Pobytu w Szpitalu związanego z tym kolejnym postępowaniem.

Za taką samą metodę leczenia uznajemy:

- każde leczenie zachowawcze – w przypadku Postępowań Medycznych z zastosowaniem leczenia zachowawczego,
- każde leczenie operacyjne lub zabiegowe – w przypadku Postępowań Medycznych z zastosowaniem leczenia operacyjnego lub zabiegowego,
- każdą metodę diagnostyki – w przypadku Postępowań Medycznych z zastosowaniem diagnostyki.

9. Nie wypłacamy pieniędzy za kolejne Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne, jeśli za takie postępowanie poprzednio wypłaciliśmy już pieniądze i nie upłynął okres karencji (12 miesięcy) – od poprzedniego Pobytu w Ambulatorium, w czasie którego zostało przeprowadzone takie postępowanie, do Pobytu w Ambulatorium, związanego z tym kolejnym postępowaniem.
10. Okres karencji, który obowiązuje dla danego Postępowania Medycznego, wskazujemy w Wykazie. Jeśli dla danego Postępowania Medycznego nie wskazujemy takiego okresu, to oznacza, że go nie stosujemy. Okresu karencji nie stosujemy także do Głównych Postępowań Medycznych i Innych Postępowań Medycznych, które są przeprowadzane w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

ART. 3 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, w którym otrzymaliśmy 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.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Poziomu Świadczeń,
 - c) tego, czy wybierasz opcję Świadczenia Lekowego,
 - d) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 5 JAK ZMIENIĆ POZIOM ŚWIADCZEŃ LUB ROZSZERZYĆ UBEZPIECZENIE O ŚWIADCZENIE LEKOWE

1. Zmiana Poziomu Świadczeń lub rozszerzenie ubezpieczenia o Świadczenie Lekowe następuje na Twój wniosek i wymaga naszej akceptacji.
2. Taka zmiana nie jest możliwa w czasie, gdy przejmujemy opłacanie Składek z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki.
3. Zmiana obowiązuje:
 - a) od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę. Jeśli składasz ten wniosek później niż na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to zmiana obowiązuje najwcześniej od tej Rocznicy Ubezpieczenia, i
 - b) gdy otrzymamy Składkę w nowej wysokości – w przypadku podwyższenia.
4. Jeśli podwyższyliśmy Poziom Świadczeń, a następnie:
 - a) w ciągu 90 dni od tej zmiany Ubezpieczony rozpoczął Pobyt w Szpitalu lub Pobyt w Ambulatorium, w czasie których zostało przeprowadzone Postępowanie Medyczne lub
 - b) zostało przeprowadzone Postępowanie Medyczne, którego termin zaplanowano przed tą zmianą,to wypłacimy pieniądze zgodnie z Poziomem Świadczeń, który obowiązywał przed zmianą.
Ograniczenie to nie dotyczy Postępowań Medycznych, które spowodował Nieszczęśliwy Wypadek.
5. Jeśli Główne Postępowanie Medyczne zostało przeprowadzone w czasie Pobytu w Szpitalu, który rozpoczął się w ciągu 90 dni

od dnia rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Świadczenia Lekowe, nie wypłacamy tego świadczenia.

Ograniczenie to nie dotyczy Postępowań Medycznych, które spowodował Nieszczęśliwy Wypadek.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli zostało przeprowadzone Postępowanie Medyczne lub zaszły okoliczności do wypłaty Świadczenia Dodatkowego lub Świadczenia Lekowego, to pieniądze wypłacamy Ubezpieczonemu.
2. Wysokość wypłaty ustalamy zgodnie z:
 - a) tabelą wypłat,
 - b) Wykazem,
 - c) Poziomem Świadczeń, który obowiązuje w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu albo w dniu Pobytu w Ambulatorium,
 - d) Limitem Wypłat.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Postępowaniu Medycznym lub okolicznościach, które są podstawą do wypłaty Świadczenia Dodatkowego lub Świadczenia Lekowego, oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które dotyczą leczenia, takich jak:
 - skierowanie do Szpitala lub Ambulatorium, chyba że okoliczności uzasadnią przyjęcie Ubezpieczonego do Szpitala lub Ambulatorium bez skierowania,
 - karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna dotycząca diagnozowania i leczenia choroby lub urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, które są przyczyną Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Ambulatorium,
 - zalecenie od onkologa, które dotyczy zastosowania: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, a także kopia decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia z odmową ich refundacji (dotyczy Świadczenia Lekowego),
- d) innych dokumentów, które wskażemy jako niezbędne.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Postępowanie Medyczne nastąpiło:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem 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,
- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzebraniem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich, a w przypadku Ubezpieczonego w wieku poniżej 18 lat – także przez osoby, pod których opieką Ubezpieczony pozostawał,
- c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
- d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z wadą wrodzoną Ubezpieczonego,
- g) w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
- h) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
- i) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,

- j) w wyniku klęski żywiołowej lub stanu epidemii, które zostały ogłoszone przez odpowiednie organy administracji publicznej,
- k) 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,
- l) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 98/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH DO UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (WPM/TZ/7/2024)

Część I. Główne postępowania medyczne

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|-------------------|-------------------------------|---|------------------|-----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| NEUROLOGIA | | | | | |
| 1 | 5 lat ¹ | Śpiączka pochodzenia nieurazowego (z wyłączeniem śpiączki farmakologicznej lub śpiączki cukrzycowej) leczona zachowawczo | 1 200 zł | 2 390 zł | 3 620 zł |
| 2 | 5 lat ³ | Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona operacyjnie | 980 zł | 1 980 zł | 3 000 zł |
| 3 | 5 lat ¹ | Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona zachowawczo | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 4 | 5 lat ¹ | Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona zachowawczo | 1 260 zł | 2 550 zł | 3 880 zł |
| 5 | 5 lat / 18 mies. ² | Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona operacyjnie | 1 470 zł | 2 920 zł | 4 430 zł |
| 6 | 5 lat ¹ | Przemijający napad niedokrwienny mózgowia TIA (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego mózgowia) leczony zachowawczo | 1 590 zł | 3 200 zł | 4 850 zł |
| 7 | 5 lat ¹ | Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo | 2 690 zł | 5 390 zł | 8 160 zł |
| 8 | 5 lat ¹ | Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony zachowawczo | 2 690 zł | 5 390 zł | 8 160 zł |
| 9 | 5 lat ¹ | Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony operacyjnie | 3 470 zł | 6 920 zł | 10 520 zł |
| 10 | 5 lat ¹ | Naczyniak mózgowia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej | 5 560 zł | 11 130 zł | 16 840 zł |
| 11 | 5 lat ¹ | Naczyniak mózgowia leczony operacyjnie z chirurgicznym otwarciem czaszki (z wyłączeniem metod śródnaczyniowych lub technik radiologii interwencyjnej) | 13 250 zł | 26 480 zł | 40 140 zł |
| 12 | 5 lat ¹ | Naczyniak rdzenia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej | 5 560 zł | 11 130 zł | 16 840 zł |
| 13 | 5 lat ¹ | Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie (z wyłączeniem leczenia metodami śródnaczyniowymi lub metodami radiologii interwencyjnej) | 6 280 zł | 12 560 zł | 19 020 zł |
| 14 | 5 lat ¹ | Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony zachowawczo | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 15 | 5 lat ¹ | Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony operacyjnie | 3 630 zł | 7 250 zł | 11 000 zł |
| 16 | 5 lat ¹ | Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia) leczony zachowawczo | 2 130 zł | 4 270 zł | 6 470 zł |
| 17 | 5 lat ¹ | Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia lub nowotworów łagodnych przysadki) leczony operacyjnie | 4 150 zł | 8 300 zł | 12 570 zł |
| 18 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo | 3 260 zł | 6 530 zł | 9 900 zł |
| 19 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony technikami radiologii interwencyjnej | 5 540 zł | 11 100 zł | 16 830 zł |
| 20 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony operacyjnie | 10 590 zł | 21 190 zł | 32 100 zł |
| 21 | 5 lat ¹ | Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie | 5 020 zł | 10 050 zł | 15 220 zł |
| 22 | 5 lat ¹ | Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie | 5 020 zł | 10 050 zł | 15 220 zł |
| 23 | 5 lat ¹ | Wodogłowcie nabyte leczone operacyjnie | 4 440 zł | 8 880 zł | 13 460 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|------------------------|--------------------|--|------------------|----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| 24 | 5 lat ¹ | Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem leczona zachowawczo | 2 280 zł | 4 560 zł | 6 900 zł |
| 25 | 5 lat ¹ | Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zachowawczo | 1 470 zł | 2 920 zł | 4 400 zł |
| 26 | 5 lat ¹ | Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zabiegowo | 2 770 zł | 5 540 zł | 8 410 zł |
| 27 | 5 lat ¹ | Zespół Guillaina-Barrego leczony zachowawczo | 1 330 zł | 2 640 zł | 4 010 zł |
| 28 | 5 lat ¹ | Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo | 1 470 zł | 2 920 zł | 4 400 zł |
| 29 | 5 lat ¹ | Stwardnienie zanikowe boczne leczone zachowawczo | 4 150 zł | 8 300 zł | 12 570 zł |
| 30 | 5 lat ¹ | Stwardnienie zanikowe boczne leczone z zastosowaniem zabiegów tracheostomii lub przezskórnej gastrostomii endoskopowej (PEG) | 4 440 zł | 8 880 zł | 13 460 zł |
| 31 | 5 lat ¹ | Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwawk śródrzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo | 3 650 zł | 7 280 zł | 11 020 zł |
| NARZĄD WZROKU | | | | | |
| 32 | 5 lat ¹ | Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo | 870 zł | 1 740 zł | 2 640 zł |
| 33 | 5 lat ³ | Krwawienie do przedniej komory oka (z wyłączeniem krwawienia spowodowanego urazem) leczone zachowawczo | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 34 | 5 lat ¹ | Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej (z wyłączeniem leczenia skutków urazu oka) leczone zachowawczo | 1 040 zł | 2 090 zł | 3 160 zł |
| 35 | 5 lat ³ | Choroba ciała szklonego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii | 3 020 zł | 6 030 zł | 9 060 zł |
| 36 | 5 lat ³ | Zaćma leczona operacyjnie metodą wszczepienia sztucznej soczewki | 1 260 zł | 2 550 zł | 3 880 zł |
| 37 | 5 lat ³ | Półpasiec oczny, wrzód rogówki, zapalenie rogówki lub twardówki leczone zachowawczo | 870 zł | 1 740 zł | 2 640 zł |
| 38 | 5 lat ³ | Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo lub metodami laserowymi | 870 zł | 1 740 zł | 2 640 zł |
| 39 | 5 lat ¹ | Choroba rogówki lub twardówki leczona zabiegowo (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku) | 1 030 zł | 2 040 zł | 3 100 zł |
| 40 | 5 lat ¹ | Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku) | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 41 | 5 lat ¹ | Choroba siatkówki leczona zachowawczo lub metodą iniekcji doszklistkowej (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki) | 740 zł | 1 490 zł | 2 260 zł |
| 42 | 5 lat ¹ | Zamknięcie światła żyły środkowej lub tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo | 1 040 zł | 2 090 zł | 3 160 zł |
| 43 | 5 lat ¹ | Choroba siatkówki (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem metody iniekcji doszklistkowej) | 1 730 zł | 3 490 zł | 5 260 zł |
| 44 | 5 lat ¹ | Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie | 1 160 zł | 2 300 zł | 3 490 zł |
| 45 | 5 lat ³ | Jaskra leczona zachowawczo lub metodami laserowymi | 790 zł | 1 580 zł | 2 390 zł |
| 46 | 5 lat ³ | Jaskra leczona operacyjnie | 1 030 zł | 2 040 zł | 3 100 zł |
| 47 | 5 lat ¹ | Choroba dróg odprowadzających tży leczona operacyjnie | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 48 | 5 lat ³ | Choroba powieki (z wyłączeniem nowotworu skóry powieki lub zmian zwyrodnieniowych spojówek) leczona operacyjnie | 260 zł | 510 zł | 770 zł |
| 49 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie | 390 zł | 770 zł | 1 160 zł |
| 50 | 5 lat ³ | Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie | 740 zł | 1 490 zł | 2 260 zł |
| 51 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie | 1 610 zł | 3 230 zł | 4 850 zł |
| 52 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczone zachowawczo | 1 290 zł | 2 560 zł | 3 880 zł |
| 53 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczone operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej) | 1 860 zł | 3 720 zł | 5 660 zł |
| 54 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczone operacyjnie z usunięciem gałki ocznej | 2 130 zł | 4 270 zł | 6 470 zł |
| OTOLARYNGOLOGIA | | | | | |
| 55 | 5 lat ¹ | Krwawienie z nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone zachowawczo | 260 zł | 510 zł | 770 zł |
| 56 | 5 lat ¹ | Krwawienie z nosa (z wyłączeniem polipa i urazu nosa) leczone metodą zabiegową | 420 zł | 850 zł | 1 290 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|------------------------|--------------------|--|------------------|----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| 57 | 5 lat ¹ | Przerost małżowin nosa lub skrzywienie przegrody nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone operacyjnie | 420 zł | 850 zł | 1 290 zł |
| 58 | 5 lat ¹ | Przerost lub zapalenie migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego leczone operacyjnie | 740 zł | 1 490 zł | 2 260 zł |
| 59 | 5 lat ¹ | Zaburzenia równowagi pochodzenia błędnikowego leczone zachowawczo | 540 zł | 1 080 zł | 1 630 zł |
| 60 | 5 lat ³ | Zapalenie ucha środkowego leczone zachowawczo | 670 zł | 1 360 zł | 2 070 zł |
| 61 | 5 lat ³ | Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębnekowej | 670 zł | 1 360 zł | 2 070 zł |
| 62 | 5 lat ³ | Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie | 1 880 zł | 3 780 zł | 5 690 zł |
| 63 | 5 lat ³ | Otosklerozę, perlak lub zapalenie ucha środkowego bez uszkodzenia kosteczek słuchowych leczone operacyjnie | 970 zł | 1 960 zł | 2 950 zł |
| 64 | 5 lat ¹ | Choroba ucha wewnętrznego leczona zachowawczo | 870 zł | 1 740 zł | 2 640 zł |
| 65 | 5 lat ³ | Choroba ucha wewnętrznego leczona operacyjnie | 1 200 zł | 2 390 zł | 3 620 zł |
| 66 | 5 lat ¹ | Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej lub ślinianki) leczona zachowawczo | 600 zł | 1 200 zł | 1 810 zł |
| 67 | 5 lat ¹ | Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej lub chorób ślinianki) leczona operacyjnie | 1 070 zł | 2 130 zł | 3 230 zł |
| 68 | 5 lat ³ | Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki) | 920 zł | 1 840 zł | 2 780 zł |
| 69 | 5 lat ³ | Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie z całkowitym usunięciem ślinianki | 1 290 zł | 2 590 zł | 3 880 zł |
| 70 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy ślinianki leczony operacyjnie | 2 030 zł | 4 060 zł | 6 130 zł |
| 71 | 5 lat ¹ | Choroba gardła lub krtani (z wyłączeniem choroby migdałka lub nowotworu złośliwego gardła lub krtani) leczona zachowawczo | 600 zł | 1 200 zł | 1 810 zł |
| 72 | 5 lat ¹ | Choroba gardła (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła, przerostu lub zapalenia migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego) leczona operacyjnie | 1 490 zł | 2 990 zł | 4 530 zł |
| 73 | 5 lat ¹ | Choroba krtani (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani) leczona operacyjnie | 1 820 zł | 3 630 zł | 5 490 zł |
| 74 | 5 lat ¹ | Polip nosa, nowotwór łagodny nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok przynosowych leczone operacyjnie | 970 zł | 1 960 zł | 2 950 zł |
| 75 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy zatok przynosowych leczony operacyjnie | 2 030 zł | 4 060 zł | 6 130 zł |
| 76 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo | 1 290 zł | 2 560 zł | 3 880 zł |
| 77 | 5 lat ¹ | Nowotwór łagodny jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu ślinianki) leczony operacyjnie | 1 160 zł | 2 320 zł | 3 510 zł |
| 78 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczony operacyjnie | 2 030 zł | 4 060 zł | 6 130 zł |
| 79 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy jamy nosowej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego zatok) leczony operacyjnie | 2 190 zł | 4 400 zł | 6 660 zł |
| 80 | 5 lat ¹ | Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie | 1 510 zł | 3 020 zł | 4 570 zł |
| 81 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy gardła leczony zachowawczo | 1 290 zł | 2 560 zł | 3 880 zł |
| 82 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie | 2 990 zł | 5 970 zł | 9 060 zł |
| 83 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy krtani leczony zachowawczo | 1 290 zł | 2 560 zł | 3 880 zł |
| 84 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie | 4 610 zł | 9 220 zł | 13 970 zł |
| UKŁAD ODDECHOWY | | | | | |
| 85 | 5 lat ¹ | Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo | 600 zł | 1 200 zł | 1 810 zł |
| 86 | 5 lat ¹ | Zapalenie płuc lub zapalenie opłucnej leczone zachowawczo, w tym zabiegiem torakocentezy | 1 030 zł | 2 040 zł | 3 100 zł |
| 87 | 5 lat ¹ | Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii, ale niewymagająca wykonania diagnostyki inwazyjnej (torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia | 390 zł | 770 zł | 1 160 zł |
| 88 | 5 lat ¹ | Choroba dróg oddechowych diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej: torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki (z wyłączeniem choroby dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania wyłącznie bronchoskopii), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia | 970 zł | 1 960 zł | 2 950 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|-----------------------|-------------------------------|---|------------------|-----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| 89 | 5 lat ¹ | Astma oskrzelowa leczona zachowawczo | 1 030 zł | 2 040 zł | 3 100 zł |
| 90 | 5 lat ¹ | Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo | 1 030 zł | 2 040 zł | 3 100 zł |
| 91 | 5 lat ¹ | Rozedma płuc leczona operacyjnie | 1 250 zł | 2 510 zł | 3 810 zł |
| 92 | 5 lat ¹ | Guz śródpiersia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczony operacyjnie | 1 210 zł | 2 410 zł | 3 660 zł |
| 93 | 5 lat ¹ | Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo | 1 180 zł | 2 350 zł | 3 550 zł |
| 94 | 5 lat ¹ | Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie | 2 550 zł | 5 110 zł | 7 770 zł |
| 95 | 5 lat ¹ | Odma płucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczona zachowawczo | 1 070 zł | 2 130 zł | 3 230 zł |
| 96 | 5 lat ¹ | Odma płucnej leczona drenażem ssącym płucnowym lub płyn w jamie płucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy płucnej (z wyłączeniem ropniaka płucnej, zapalenia płucnej, odmy pourazowej lub wysięku pourazowego) | 1 250 zł | 2 510 zł | 3 810 zł |
| 97 | 5 lat ¹ | Odma płucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczona operacyjnie | 2 550 zł | 5 110 zł | 7 770 zł |
| 98 | 5 lat ¹ | Ropniak jamy płucnej leczony drenażem lub metodą nakłuc płucnej | 1 340 zł | 2 680 zł | 4 070 zł |
| 99 | 5 lat ¹ | Ropniak jamy płucnej leczony operacyjnie | 2 550 zł | 5 110 zł | 7 770 zł |
| 100 | 5 lat ¹ | Ropień płuca leczony operacyjnie | 3 830 zł | 7 680 zł | 11 650 zł |
| 101 | 5 lat ¹ | Wysięk płucny (z wyłączeniem wysięków zapalnych lub pourazowych) leczony zachowawczo | 1 260 zł | 2 550 zł | 3 880 zł |
| 102 | 5 lat ¹ | Włóknienie płuc lub choroba śródmiąższowa płuc (z wyłączeniem sarkoidozy płuc) leczone zachowawczo | 1 180 zł | 2 350 zł | 3 550 zł |
| 103 | 5 lat ¹ | Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo | 1 260 zł | 2 550 zł | 3 880 zł |
| 104 | 5 lat ¹ | Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo | 960 zł | 1 920 zł | 2 900 zł |
| 105 | 5 lat ¹ | Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie | 3 630 zł | 7 250 zł | 11 000 zł |
| 106 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo | 2 350 zł | 4 690 zł | 7 120 zł |
| 107 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia | 4 690 zł | 9 380 zł | 14 240 zł |
| 108 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia | 7 120 zł | 14 210 zł | 21 550 zł |
| 109 | 5 lat ¹ | Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczony zachowawczo | 960 zł | 1 920 zł | 2 900 zł |
| 110 | 5 lat ¹ | Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczony operacyjnie | 1 620 zł | 3 240 zł | 4 910 zł |
| 111 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie | 3 830 zł | 7 680 zł | 11 650 zł |
| 112 | 5 lat ¹ | Ostra niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem respiratora | 2 130 zł | 4 270 zł | 6 470 zł |
| 113 | 5 lat ¹ | Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca | 21 360 zł | 42 730 zł | 64 740 zł |
| UKŁAD KRĄŻENIA | | | | | |
| 114 | 5 lat ¹ | Choroba serca i układu krążenia diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej (koronarografii lub innej angiografii wykonanych z wprowadzeniem cewnika do jam serca lub światła naczyń oraz z podaniem kontrastu) | 420 zł | 850 zł | 1 290 zł |
| 115 | 5 lat ³ | Żylaki kończyny dolnej leczone operacyjnie lub zabiegowo | 800 zł | 1 620 zł | 2 450 zł |
| 116 | 5 lat ¹ | Zator tętnicy płucnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem wrodzonych zaburzeń krzepnięcia) | 3 430 zł | 6 870 zł | 10 410 zł |
| 117 | 5 lat ¹ | Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo | 420 zł | 850 zł | 1 290 zł |
| 118 | 5 lat ¹ | Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo | 1 960 zł | 3 930 zł | 5 950 zł |
| 119 | 5 lat ¹ | Zapalenie mięśnia serca lub wsierdzia leczone zachowawczo | 4 670 zł | 9 330 zł | 14 150 zł |
| 120 | 5 lat ¹ | Choroba niedokrwienna serca (z wyłączeniem ciężkiej niewydolności serca w klasie III lub IV NHA) leczona zachowawczo (z wyłączeniem inwazyjnych metod leczenia w tym angioplastyki, angioplastyki z implantacją stentu/stentów, pomostowania aortalno-wieńcowego) | 1 070 zł | 2 130 zł | 3 230 zł |
| 121 | 5 lat ¹ | Ostry zespół wieńcowy leczony wyłącznie zachowawczo bez stosowania angioplastyki | 2 450 zł | 4 910 zł | 7 440 zł |
| 122 | 5 lat / 18 mies. ² | Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu | 2 400 zł | 4 830 zł | 7 300 zł |
| 123 | 5 lat / 18 mies. ² | Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu | 5 110 zł | 10 240 zł | 15 480 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|------------------------|-------------------------------|--|------------------|-----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| 124 | 5 lat / 18 mies. ² | Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej | 9 430 zł | 18 860 zł | 28 570 zł |
| 125 | 5 lat ¹ | Migotanie lub trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo, w tym metodą kardiowersji | 800 zł | 1 610 zł | 2 450 zł |
| 126 | 5 lat ¹ | Zaburzenia rytmu serca (z wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo | 1 080 zł | 2 160 zł | 3 250 zł |
| 127 | 5 lat ¹ | Zaburzenia rytmu serca leczone metodą ablacji przeskórnej | 4 450 zł | 8 920 zł | 13 390 zł |
| 128 | 5 lat ¹ | Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca lub operacją implantacji automatycznego kardiowertera-defibrylatora lub kardiowertera-defibrylatora z funkcją resynchronizacji | 6 380 zł | 12 770 zł | 19 350 zł |
| 129 | 5 lat ¹ | Operacja wymiany stymulatora lub innego implantowanego urządzenia służącego do elektrote-rapii serca | 5 540 zł | 11 100 zł | 16 830 zł |
| 130 | 5 lat ¹ | Ciężka niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA) leczona zachowawczo | 3 710 zł | 7 440 zł | 11 160 zł |
| 131 | 5 lat ¹ | Choroba naczyń obwodowych - zakrzepica lub niedrożność (z wyłączeniem zatorowości płucnej, chorób tętnic mózgowych, wieńcowych, chorób żył powierzchownych lub niezakrzepowego zapalenia naczyń) leczona zachowawczo | 1 510 zł | 3 040 zł | 4 610 zł |
| 132 | 5 lat / 18 mies. ² | Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią | 5 320 zł | 10 610 zł | 16 070 zł |
| 133 | 5 lat / 18 mies. ² | Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem | 3 890 zł | 7 780 zł | 11 790 zł |
| 134 | 5 lat ¹ | Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony technikami wewnątrznacyniowymi lub radiologii interwencyjnej | 5 110 zł | 10 240 zł | 15 480 zł |
| 135 | 5 lat ¹ | Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętniaków leczonych technikami wewnątrznacyniowymi lub radiologii interwencyjnej) | 12 190 zł | 24 370 zł | 36 920 zł |
| 136 | 5 lat / 18 mies. ² | Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przezskórnąastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu | 3 550 zł | 7 090 zł | 10 740 zł |
| 137 | 5 lat / 18 mies. ² | Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy (z wyłączeniem metod wewnątrznacyniowych) | 4 420 zł | 8 840 zł | 13 390 zł |
| 138 | 5 lat ¹ | Tętniak aorty leczony metodą wewnątrznacyniową (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej) | 7 610 zł | 15 220 zł | 23 080 zł |
| 139 | 5 lat ¹ | Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej | 7 350 zł | 14 730 zł | 22 320 zł |
| 140 | 5 lat ¹ | Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnejastyki wewnątrznacyniowej z zastosowaniem stentu) | 9 650 zł | 19 320 zł | 29 260 zł |
| 141 | 5 lat ¹ | Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty) leczony przy użyciu metod wewnątrznacyniowych | 4 830 zł | 9 620 zł | 14 570 zł |
| 142 | 5 lat ¹ | Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty) leczony operacyjnie (z wyłączeniem metod wewnątrznacyniowych) | 4 910 zł | 9 810 zł | 14 880 zł |
| 143 | 5 lat / 18 mies. ² | Wada zastawkowa serca leczona zabiegowo metodami endowaskularnymi | 4 780 zł | 9 580 zł | 14 370 zł |
| 144 | 5 lat / 18 mies. ² | Wada zastawkowa serca leczona operacyjnie (z wyłączeniem metod endowaskularnych lub operacji wymiany zastawki) | 7 120 zł | 14 210 zł | 21 550 zł |
| 145 | 5 lat / 18 mies. ² | Wada zastawkowa serca leczona operacyjną wymianą zastawki serca | 10 300 zł | 20 630 zł | 31 250 zł |
| 146 | 5 lat ¹ | Niewydolność serca leczona operacyjnie przeszczepem serca | 21 360 zł | 42 730 zł | 64 740 zł |
| UKŁAD POKARMOWY | | | | | |
| 147 | 5 lat ¹ | Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki, o ile nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia związanego z tymi dolegliwościami | 420 zł | 850 zł | 1 290 zł |
| 148 | 5 lat ¹ | Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo | 920 zł | 1 840 zł | 2 780 zł |
| 149 | 5 lat ¹ | Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo | 830 zł | 1 660 zł | 2 510 zł |
| 150 | 5 lat ¹ | Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo | 610 zł | 1 230 zł | 1 860 zł |
| 151 | 5 lat ¹ | Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone operacyjnie | 2 250 zł | 4 480 zł | 6 780 zł |
| 152 | 5 lat ¹ | Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową | 1 830 zł | 3 670 zł | 5 560 zł |
| 153 | 5 lat ¹ | Żylaki przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową | 1 000 zł | 2 010 zł | 3 030 zł |
| 154 | 5 lat ¹ | Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie (z wyłączeniem metody endoskopowej) | 1 180 zł | 2 350 zł | 3 550 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|---------|--------------------|---|------------------|-----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| 155 | 5 lat ¹ | Zapalenie wyrostka robaczkowego (z wyłączeniem zapalenia wyrostka robaczkowego powikłanego rozlanym zapaleniem otrzewnej) leczone operacyjnie | 920 zł | 1 840 zł | 2 780 zł |
| 156 | 5 lat ¹ | Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie | 1 480 zł | 2 950 zł | 4 470 zł |
| 157 | 5 lat ³ | Przepuklina pachwinowa, mosznowa lub udowa leczona operacyjnie | 780 zł | 1 570 zł | 2 380 zł |
| 158 | 5 lat ¹ | Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie | 1 080 zł | 2 150 zł | 3 250 zł |
| 159 | 5 lat ¹ | Przepuklina brzuszna, w tym przepuklina w bliźnie pooperacyjnej (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej) leczona operacyjnie | 1 010 zł | 2 030 zł | 3 070 zł |
| 160 | 5 lat ¹ | Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo | 1 070 zł | 2 130 zł | 3 230 zł |
| 161 | 5 lat ¹ | Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie lub zabiegowo | 1 260 zł | 2 550 zł | 3 880 zł |
| 162 | 5 lat ¹ | Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową | 660 zł | 1 330 zł | 2 000 zł |
| 163 | 5 lat ¹ | Choroba jelita grubego (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub nowotworu złośliwego jelita grubego) leczona operacyjnie | 1 920 zł | 3 830 zł | 5 820 zł |
| 164 | 5 lat ¹ | Przewlekła choroba zapalna jelita (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego) leczona zachowawczo | 1 250 zł | 2 530 zł | 3 800 zł |
| 165 | 5 lat ¹ | Ostre zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo | 640 zł | 1 290 zł | 1 940 zł |
| 166 | 5 lat ¹ | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo | 1 920 zł | 3 830 zł | 5 820 zł |
| 167 | 5 lat ¹ | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia | 3 670 zł | 7 340 zł | 11 130 zł |
| 168 | 5 lat ¹ | Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia | 5 110 zł | 10 250 zł | 15 540 zł |
| 169 | 5 lat ¹ | Niedrożność jelit leczona zachowawczo | 1 490 zł | 2 990 zł | 4 530 zł |
| 170 | 5 lat ¹ | Zrosty jelitowe leczone operacyjnie | 1 920 zł | 3 830 zł | 5 820 zł |
| 171 | 5 lat ¹ | Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie | 2 130 zł | 4 270 zł | 6 470 zł |
| 172 | 5 lat ¹ | Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie | 2 770 zł | 5 540 zł | 8 410 zł |
| 173 | 5 lat ¹ | Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem niedrożności lub martwicy jelit, ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii | 3 830 zł | 7 680 zł | 11 650 zł |
| 174 | 5 lat ¹ | Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii | 4 590 zł | 9 160 zł | 13 890 zł |
| 175 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego lub przestrzeni zaotrzewnowej leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła lub nowotworu złośliwego żołądka leczonego z wykonaniem endoskopii) | 2 550 zł | 5 110 zł | 7 770 zł |
| 176 | 5 lat ¹ | Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową | 1 290 zł | 2 560 zł | 3 880 zł |
| 177 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie | 3 380 zł | 6 760 zł | 10 250 zł |
| 178 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii | 3 080 zł | 6 160 zł | 9 340 zł |
| 179 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie | 5 110 zł | 10 250 zł | 15 540 zł |
| 180 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej leczony operacyjnie | 3 670 zł | 7 340 zł | 11 130 zł |
| 181 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytwego) leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii | 3 830 zł | 7 680 zł | 11 650 zł |
| 182 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytwego) leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii | 4 590 zł | 9 160 zł | 13 890 zł |
| 183 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy odbytniczno-odbytowy leczony operacyjnie | 3 670 zł | 7 340 zł | 11 130 zł |
| 184 | 5 lat ¹ | Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo | 1 160 zł | 2 320 zł | 3 490 zł |
| 185 | 5 lat ¹ | Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych (z wyłączeniem nowotworu) leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW | 1 120 zł | 2 260 zł | 3 420 zł |
| 186 | 5 lat ¹ | Kamica, polip pęcherzyka żółciowego lub kamica przewodowa leczone operacyjnie | 1 420 zł | 2 850 zł | 4 270 zł |
| 187 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony zachowawczo | 2 550 zł | 5 110 zł | 7 770 zł |
| 188 | 5 lat ¹ | Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo | 2 010 zł | 4 030 zł | 6 100 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|--------------------|--------------------|---|------------------|-----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| 189 | 5 lat ¹ | Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia | 4 780 zł | 9 580 zł | 14 500 zł |
| 190 | 5 lat ¹ | Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia | 7 120 zł | 14 210 zł | 21 550 zł |
| 191 | 5 lat ¹ | Choroba wątroby (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby lub niewydolności wątroby) leczona zachowawczo | 1 200 zł | 2 390 zł | 3 620 zł |
| 192 | 5 lat ¹ | Niewydolność lub marskość wątroby (z wyłączeniem marskości alkoholowej) leczona zachowawczo | 2 390 zł | 4 780 zł | 7 240 zł |
| 193 | 5 lat ¹ | Ropień wątroby leczony operacyjnie | 3 630 zł | 7 250 zł | 11 000 zł |
| 194 | 5 lat ¹ | Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie | 3 560 zł | 7 140 zł | 10 800 zł |
| 195 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo | 3 830 zł | 7 680 zł | 11 650 zł |
| 196 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie | 5 970 zł | 11 950 zł | 18 130 zł |
| 197 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo | 4 480 zł | 8 970 zł | 13 590 zł |
| 198 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW) | 3 080 zł | 6 160 zł | 9 340 zł |
| 199 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie | 6 830 zł | 13 660 zł | 20 720 zł |
| 200 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie | 3 830 zł | 7 680 zł | 11 650 zł |
| 201 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo | 3 200 zł | 6 400 zł | 9 700 zł |
| 202 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie | 5 770 zł | 11 530 zł | 17 470 zł |
| 203 | 5 lat ¹ | Niewydolność wątroby (z wyłączeniem alkoholowej marskości wątroby) leczona operacyjnie przeszczepem wątroby | 21 360 zł | 42 730 zł | 64 740 zł |
| UKŁAD RUCHU | | | | | |
| 204 | - | Złamanie kości ręki leczone zachowawczo | 670 zł | 1 360 zł | 2 070 zł |
| 205 | - | Złamanie kości ręki leczone operacyjnie | 980 zł | 1 980 zł | 3 000 zł |
| 206 | - | Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki (z wyłączeniem stawu promieniowo-nadgarstkowego lub kości nadgarstka) leczone operacyjnie | 980 zł | 1 980 zł | 3 000 zł |
| 207 | - | Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego lub złamanie kości nadgarstka leczone operacyjnie | 980 zł | 1 980 zł | 3 000 zł |
| 208 | - | Złamanie trzonu kości przedramienia leczone zachowawczo | 670 zł | 1 360 zł | 2 070 zł |
| 209 | - | Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia | 910 zł | 1 830 zł | 2 770 zł |
| 210 | - | Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia | 1 220 zł | 2 430 zł | 3 690 zł |
| 211 | - | Złamanie trzonu kości ramiennej leczone zachowawczo | 470 zł | 950 zł | 1 440 zł |
| 212 | - | Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia | 1 620 zł | 3 240 zł | 4 890 zł |
| 213 | - | Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia | 2 390 zł | 4 760 zł | 7 210 zł |
| 214 | - | Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką częściową | 4 750 zł | 9 500 zł | 14 400 zł |
| 215 | - | Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą | 6 830 zł | 13 660 zł | 20 720 zł |
| 216 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴ | 4 750 zł | 9 500 zł | 14 400 zł |
| 217 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴ | 6 830 zł | 13 660 zł | 20 720 zł |
| 218 | - | Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej) | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 219 | - | Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką częściową | 4 150 zł | 8 300 zł | 12 570 zł |
| 220 | - | Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą | 5 970 zł | 11 950 zł | 18 130 zł |
| 221 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej) | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 222 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴ | 4 150 zł | 8 300 zł | 12 570 zł |
| 223 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴ | 5 970 zł | 11 950 zł | 18 130 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|---------|--------------------|---|------------------|-----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| 224 | - | Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, łopatką) leczone zachowawczo | 600 zł | 1 200 zł | 1 810 zł |
| 225 | - | Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, łopatką) leczone operacyjnie | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 226 | - | Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie | 2 770 zł | 5 540 zł | 8 410 zł |
| 227 | - | Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem artroskopii leczniczej i endoprotezoplastyki) | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 228 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej) | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 229 | - | Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie | 3 630 zł | 7 250 zł | 10 980 zł |
| 230 | - | Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie | 1 790 zł | 3 580 zł | 5 440 zł |
| 231 | - | Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie | 1 030 zł | 2 070 zł | 3 100 zł |
| 232 | - | Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie | 2 800 zł | 5 630 zł | 8 540 zł |
| 233 | - | Złamanie kości stopy leczone zachowawczo | 670 zł | 1 360 zł | 2 070 zł |
| 234 | - | Urazowe uszkodzenie struktur kostnych stopy leczone operacyjnie | 1 200 zł | 2 400 zł | 3 630 zł |
| 235 | 5 lat ³ | Nabyte zniekształcenie kośćlawa palucha leczone operacyjnie | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 236 | 5 lat ³ | Nabyte zniekształcenie palców stopy (z wyłączeniem zniekształcenia kośćlawa palucha) leczone operacyjnie | 1 070 zł | 2 130 zł | 3 230 zł |
| 237 | - | Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni (z wyłączeniem złamania wielomiejscowego kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych) leczone operacyjnie | 1 180 zł | 2 350 zł | 3 550 zł |
| 238 | - | Złamanie trzonu kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo | 470 zł | 950 zł | 1 440 zł |
| 239 | - | Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia | 1 620 zł | 3 240 zł | 4 890 zł |
| 240 | - | Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia | 2 390 zł | 4 760 zł | 7 210 zł |
| 241 | - | Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo | 1 660 zł | 3 330 zł | 5 040 zł |
| 242 | - | Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie | 3 200 zł | 6 410 zł | 9 700 zł |
| 243 | - | Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie | 4 270 zł | 8 540 zł | 12 950 zł |
| 244 | - | Złamanie kości obu kończyn dolnych z przemieszczeniem leczone operacyjnie | 9 380 zł | 18 790 zł | 28 480 zł |
| 245 | - | Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie | 3 200 zł | 6 400 zł | 9 700 zł |
| 246 | - | Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką częściową | 4 480 zł | 8 970 zł | 13 590 zł |
| 247 | - | Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą | 6 400 zł | 12 810 zł | 19 420 zł |
| 248 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej) | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 249 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴ | 4 480 zł | 8 970 zł | 13 590 zł |
| 250 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴ | 6 400 zł | 12 810 zł | 19 420 zł |
| 251 | - | Złamanie kości stawu kolanowego leczone zachowawczo | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 252 | - | Złamanie kości biodrowej (w tym kości miednicy) leczone zachowawczo | 1 120 zł | 2 260 zł | 3 410 zł |
| 253 | - | Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki) | 4 020 zł | 8 040 zł | 12 170 zł |
| 254 | - | Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo | 940 zł | 1 880 zł | 2 850 zł |
| 255 | - | Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową | 3 830 zł | 7 680 zł | 11 650 zł |
| 256 | - | Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą | 5 540 zł | 11 100 zł | 16 830 zł |
| 257 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴ | 3 830 zł | 7 680 zł | 11 650 zł |
| 258 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴ | 5 540 zł | 11 100 zł | 16 830 zł |
| 259 | - | Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie | 1 920 zł | 3 830 zł | 5 820 zł |
| 260 | - | Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo | 940 zł | 1 880 zł | 2 850 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|---------|--------------------|--|------------------|-----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| 261 | 5 lat ¹ | Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego) | 670 zł | 1 360 zł | 2 070 zł |
| 262 | 5 lat ¹ | Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodami zabiegowymi: ostrzykiwanie, leczenie z zastosowaniem komórek macierzystych, osocza | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 263 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej lub artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących) | 900 zł | 1 790 zł | 2 720 zł |
| 264 | 5 lat ³ | Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących | 1 420 zł | 2 850 zł | 4 300 zł |
| 265 | - | Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej | 1 360 zł | 2 740 zł | 4 140 zł |
| 266 | - | Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem usunięcia materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej) | 1 180 zł | 2 350 zł | 3 550 zł |
| 267 | - | Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra lub uda leczona operacyjnie | 3 630 zł | 7 250 zł | 10 980 zł |
| 268 | - | Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie | 2 800 zł | 5 630 zł | 8 540 zł |
| 269 | - | Amputacja urazowa stopy lub palców stopy | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 270 | 5 lat ¹ | Amputacja całej kończyny dolnej z przyczyn chorobowych | 4 750 zł | 9 500 zł | 14 400 zł |
| 271 | 5 lat ¹ | Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości podudzia | 2 390 zł | 4 760 zł | 7 210 zł |
| 272 | 5 lat ¹ | Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości stawu skokowego | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 273 | 5 lat ¹ | Amputacja części stopy lub palców stopy z przyczyn chorobowych | 940 zł | 1 880 zł | 2 850 zł |
| 274 | 5 lat ³ | Zakażenie tkanek miękkich w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie | 2 770 zł | 5 540 zł | 8 390 zł |
| 275 | - | Złamanie kości kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej) leczone zachowawczo | 1 820 zł | 3 630 zł | 5 490 zł |
| 276 | - | Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie | 3 630 zł | 7 250 zł | 11 000 zł |
| 277 | - | Uraz kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa lub złamania kości obręczy kończyny dolnej) leczony zachowawczo | 1 260 zł | 2 550 zł | 3 880 zł |
| 278 | 5 lat ¹ | Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie | 3 630 zł | 7 250 zł | 11 000 zł |
| 279 | 5 lat ¹ | Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona operacyjnie (z wyłączeniem małoinwazyjnych metod zabiegowych) | 1 550 zł | 3 100 zł | 4 650 zł |
| 280 | 5 lat ¹ | Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona zachowawczo lub małoinwazyjnymi metodami zabiegowymi | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 281 | 5 lat ¹ | Skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów | 9 740 zł | 19 470 zł | 29 510 zł |
| 282 | 5 lat ¹ | Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 283 | 5 lat ¹ | Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgow) | 2 130 zł | 4 270 zł | 6 470 zł |
| 284 | 5 lat ¹ | Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo | 2 260 zł | 4 500 zł | 6 830 zł |
| 285 | 5 lat ¹ | Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie | 4 060 zł | 8 100 zł | 12 290 zł |
| 286 | 5 lat ¹ | Zakażenie stawu lub tkanek okostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy) leczone zachowawczo | 1 970 zł | 3 940 zł | 5 970 zł |
| 287 | 5 lat ¹ | Zapalenie stawu lub tkanek okostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy, zakażenia stawu lub tkanek okostawowych narządu ruchu lub zapalenia stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej) leczone zachowawczo | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 288 | 5 lat ¹ | Jatowa martwica kości leczona zachowawczo | 1 620 zł | 3 240 zł | 4 910 zł |
| 289 | 5 lat ³ | Jatowa martwica kości leczona operacyjnie | 2 350 zł | 4 690 zł | 7 120 zł |
| 290 | 5 lat ¹ | Choroba układu mięśniowego (z wyłączeniem choroby mięśnia obręczy kończyny dolnej) leczona zachowawczo | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 291 | 5 lat ¹ | Choroba układu mięśniowego leczona operacyjnie | 900 zł | 1 790 zł | 2 720 zł |
| 292 | - | Urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie | 1 390 zł | 2 800 zł | 4 270 zł |
| 293 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony zachowawczo | 2 130 zł | 4 270 zł | 6 470 zł |
| 294 | 5 lat ¹ | Nowotwór łagodny tkanki kostnej leczony operacyjnie | 670 zł | 1 360 zł | 2 070 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|-----------------------|--------------------|---|------------------|----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| 295 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo | 2 010 zł | 4 020 zł | 6 080 zł |
| 296 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie | 4 530 zł | 9 030 zł | 13 700 zł |
| 297 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony operacyjnie | 2 350 zł | 4 690 zł | 7 120 zł |
| SKÓRA | | | | | |
| 298 | 5 lat ¹ | Nowotwór łagodny skóry (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej lub znamion barwnikowych) leczony operacyjnie | 610 zł | 1 230 zł | 1 850 zł |
| 299 | 5 lat ¹ | Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo | 510 zł | 1 030 zł | 1 550 zł |
| 300 | 5 lat ¹ | Choroba ropna skóry, choroba pęcherzowa skóry (z wyłączeniem chorób zakaźnych) leczone zachowawczo | 950 zł | 1 900 zł | 2 890 zł |
| 301 | 5 lat ¹ | Choroba ropna skóry, owrzodzenie skóry lub martwica skóry (z wyłączeniem martwicy będącej skutkiem urazu) leczone zabiegowo (z wyłączeniem przeszczepu skóry) | 1 120 zł | 2 260 zł | 3 410 zł |
| 302 | 5 lat ³ | Owzrodzenie podudzi leczone operacyjnie przeszczepem skóry | 3 830 zł | 7 680 zł | 11 650 zł |
| 303 | 5 lat ¹ | Toczeń skórny, rumień guzowaty (z wyłączeniem rumienia guzowatego towarzyszącego sarkoidozie lub chorobom zapalnym jelit) leczony zachowawczo | 1 790 zł | 3 580 zł | 5 440 zł |
| 304 | 5 lat ¹ | Łuszczycza skóry lub choroba wynikająca z nadmiernego rogowacenia skóry (z wyłączeniem łuszczycy stawowej) leczona zachowawczo | 1 690 zł | 3 370 zł | 5 100 zł |
| 305 | 5 lat ¹ | Liszaj płaski leczony zachowawczo | 640 zł | 1 260 zł | 1 940 zł |
| 306 | 5 lat ¹ | Martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo | 1 460 zł | 2 900 zł | 4 400 zł |
| 307 | 5 lat ¹ | Torbiel włosowa leczona operacyjnie | 660 zł | 1 330 zł | 2 010 zł |
| 308 | 5 lat ³ | Choroba sutka diagnozowana z zastosowaniem biopsji gruboigłowej lub chirurgicznej | 390 zł | 770 zł | 1 160 zł |
| 309 | 5 lat ³ | Choroba sutka (z wyłączeniem nowotworu sutka lub rekonstrukcji sutka po uprzednim operacyjnym leczeniu nowotworu sutka) leczona operacyjnie | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 310 | 5 lat ³ | Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie | 850 zł | 1 700 zł | 2 590 zł |
| 311 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo | 1 290 zł | 2 560 zł | 3 880 zł |
| 312 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z procedurą węzła wartowniczego | 1 610 zł | 3 230 zł | 4 850 zł |
| 313 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych (z wyłączeniem nowotworu złośliwego sutka lezonego operacyjnie z zastosowaniem jedynie procedury węzła wartowniczego) | 3 200 zł | 6 400 zł | 9 700 zł |
| 314 | 5 lat ¹ | Przerzuty raka sutka do węzłów chłonnych leczone operacyjnie | 1 610 zł | 3 230 zł | 4 850 zł |
| 315 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego skóry twarzy lub szyi) leczony operacyjnie | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 316 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy skóry twarzy lub szyi leczony operacyjnie | 1 920 zł | 3 830 zł | 5 820 zł |
| 317 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 318 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| ENDOKRYNOLOGIA | | | | | |
| 319 | 5 lat ¹ | Cukrzyca leczona zachowawczo | 1 460 zł | 2 900 zł | 4 400 zł |
| 320 | 5 lat ¹ | Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo | 1 790 zł | 3 580 zł | 5 440 zł |
| 321 | 5 lat ¹ | Choroba narządu układu wydzielania wewnętrznego (z wyłączeniem cukrzycy, śpiączki cukrzycowej, nowotworu przysadki mózgowej lub nowotworu złośliwego tarczycy) leczona zachowawczo | 1 260 zł | 2 550 zł | 3 880 zł |
| 322 | 5 lat ¹ | Choroba tarczycy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczona operacyjnie | 1 580 zł | 3 180 zł | 4 760 zł |
| 323 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy tarczycy leczony operacyjnie | 2 270 zł | 4 550 zł | 6 880 zł |
| 324 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy tarczycy leczony zachowawczo | 1 960 zł | 3 930 zł | 5 900 zł |
| 325 | 5 lat ¹ | Choroba przytarczyc leczona operacyjnie | 2 730 zł | 5 450 zł | 8 240 zł |
| 326 | 5 lat ¹ | Choroba przysadki mózgowej leczona operacyjnie | 4 910 zł | 9 810 zł | 14 880 zł |
| 327 | 5 lat ³ | Choroba nadnerczy leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) | 2 610 zł | 5 210 zł | 7 900 zł |
| 328 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie | 3 160 zł | 6 310 zł | 9 580 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|-------------------------------|--------------------|--|------------------|-----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| UKŁAD MOCZOWY | | | | | |
| 329 | 5 lat ¹ | Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki, o ile nie postawiono ostatecznego rozpoznania lub nie wdrożono leczenia | 510 zł | 1 030 zł | 1 550 zł |
| 330 | 5 lat ¹ | Zakażenie układu moczowego (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego) lub kolka nerkowa leczone zachowawczo | 550 zł | 1 100 zł | 1 680 zł |
| 331 | 5 lat ¹ | Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL | 660 zł | 1 330 zł | 2 000 zł |
| 332 | 5 lat ¹ | Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL) | 1 070 zł | 2 130 zł | 3 230 zł |
| 333 | 5 lat ¹ | Choroby zapalne nerek (z wyłączeniem zakażenia układu moczowego, zapalenia cewki moczowej lub pęcherza moczowego) leczone zachowawczo | 660 zł | 1 330 zł | 2 000 zł |
| 334 | 5 lat ¹ | Choroba układu moczowego leczona metodami endoskopii przezcewkowej | 1 180 zł | 2 350 zł | 3 550 zł |
| 335 | 5 lat ¹ | Choroba pęcherza moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii | 2 350 zł | 4 690 zł | 7 120 zł |
| 336 | 5 lat ¹ | Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo | 1 620 zł | 3 240 zł | 4 910 zł |
| 337 | 5 lat ¹ | Ostra niewydolność nerek leczona dializą | 2 610 zł | 5 210 zł | 7 900 zł |
| 338 | 5 lat ¹ | Choroba układu moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii (z wyłączeniem choroby pęcherza moczowego leczonej operacyjnie z zastosowaniem urostomii) | 1 790 zł | 3 580 zł | 5 440 zł |
| 339 | 5 lat ¹ | Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, przetok lub gruźlicy układu moczowego) leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia z zastosowaniem urostomii lub kamicy układu moczowego leczonej z użyciem ESWL lub chorób układu moczowego leczonych metodami endoskopii przezcewkowej) | 3 020 zł | 6 050 zł | 9 160 zł |
| 340 | 5 lat ¹ | Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie lub zabiegowo | 1 630 zł | 3 270 zł | 4 960 zł |
| 341 | 5 lat ¹ | Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rodnego) leczone metodami laserowymi | 1 180 zł | 2 350 zł | 3 550 zł |
| 342 | 5 lat ¹ | Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rodnego) leczone operacyjnie | 1 790 zł | 3 580 zł | 5 440 zł |
| 343 | 5 lat ¹ | Przetoki układu moczowego leczone operacyjnie | 3 630 zł | 7 250 zł | 11 000 zł |
| 344 | 5 lat ¹ | Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo | 1 820 zł | 3 630 zł | 5 490 zł |
| 345 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu o dużym zaawansowaniu miejscowym) leczony operacyjnie | 3 580 zł | 7 180 zł | 10 870 zł |
| 346 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wycięciem pęcherza moczowego wraz z nacieczonymi innymi częściami układu moczowego (nerki, moczowodu, cewki moczowej) lub narządów sąsiednich (z wyłączeniem węzłów chłonnych i przerzutów odległych) | 5 800 zł | 11 610 zł | 17 600 zł |
| 347 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie | 4 480 zł | 8 970 zł | 13 590 zł |
| 348 | 5 lat ¹ | Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia | 8 540 zł | 17 090 zł | 25 890 zł |
| 349 | 5 lat ¹ | Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia | 10 250 zł | 20 500 zł | 31 070 zł |
| MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE | | | | | |
| 350 | 5 lat ¹ | Łagodny rozrost gruczołu krokowego diagnozowany z zastosowaniem biopsji | 390 zł | 770 zł | 1 160 zł |
| 351 | 5 lat ¹ | Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową, a także nowotworów) leczona zachowawczo | 710 zł | 1 390 zł | 2 130 zł |
| 352 | 5 lat ¹ | Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia | 960 zł | 1 920 zł | 2 900 zł |
| 353 | 5 lat ¹ | Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia | 1 220 zł | 2 450 zł | 3 690 zł |
| 354 | 5 lat ¹ | Choroba napletka leczona operacyjnie | 390 zł | 770 zł | 1 160 zł |
| 355 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy męskich narządów płciowych leczony zachowawczo | 1 290 zł | 2 560 zł | 3 880 zł |
| 356 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych | 1 610 zł | 3 230 zł | 4 850 zł |
| 357 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych | 2 800 zł | 5 630 zł | 8 540 zł |
| 358 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych | 1 860 zł | 3 720 zł | 5 660 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|--------------------------------|--------------------|---|------------------|-----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| 359 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych | 3 180 zł | 6 370 zł | 9 630 zł |
| 360 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej | 2 820 zł | 5 660 zł | 8 570 zł |
| 361 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej | 3 630 zł | 7 250 zł | 11 000 zł |
| ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE | | | | | |
| 362 | 5 lat ¹ | Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wytyżeczkowania leczniczego lub diagnostycznego macicy, biopsji macicy, histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka macicy | 520 zł | 1 070 zł | 1 610 zł |
| 363 | 5 lat ¹ | Choroba żeńskich narządów płciowych (z wyłączeniem nowotworu jajnika, jajowodu lub macicy) leczona zachowawczo | 800 zł | 1 590 zł | 2 420 zł |
| 364 | 5 lat ¹ | Choroba szyjki macicy leczona konizacją chirurgiczną/elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokautezy, krioterapii, laseroterapii | 970 zł | 1 950 zł | 2 950 zł |
| 365 | 5 lat ¹ | Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo | 800 zł | 1 610 zł | 2 420 zł |
| 366 | 5 lat ¹ | Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych, niepłodności, a także z wyłączeniem chorób szyjki macicy leczonych konizacją chirurgiczną / elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokautezy, krioterapii, laseroterapii, lub histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka) | 1 290 zł | 2 560 zł | 3 880 zł |
| 367 | 5 lat ¹ | Obniżenie lub wypadanie żeńskich narządów płciowych lub wysiłkowe nietrzymanie moczu leczone operacyjnie | 1 790 zł | 3 580 zł | 5 440 zł |
| 368 | 5 lat ¹ | Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo | 800 zł | 1 620 zł | 2 450 zł |
| 369 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo | 2 030 zł | 4 060 zł | 6 140 zł |
| 370 | 5 lat ³ | Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepewnym przebiegiem leczenia | 1 700 zł | 3 410 zł | 5 180 zł |
| 371 | 5 lat ³ | Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia | 2 040 zł | 4 090 zł | 6 210 zł |
| 372 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych | 2 270 zł | 4 540 zł | 6 870 zł |
| 373 | 5 lat ³ | Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych | 2 990 zł | 5 970 zł | 9 060 zł |
| 374 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo | 1 590 zł | 3 200 zł | 4 850 zł |
| 375 | 5 lat ¹ | Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie | 1 720 zł | 3 460 zł | 5 230 zł |
| 376 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych | 2 290 zł | 4 590 zł | 6 960 zł |
| 377 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych | 2 650 zł | 5 340 zł | 8 080 zł |
| 378 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych | 2 880 zł | 5 770 zł | 8 730 zł |
| 379 | 5 lat ¹ | Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych | 3 630 zł | 7 250 zł | 11 000 zł |
| HEMATOLOGIA | | | | | |
| 380 | 5 lat ¹ | Niedokrwistość leczona przetoczeniem krwi (z wyłączeniem leczenia związanego z porodem lub połogiem lub skutków leczenia operacyjnego, a także skutków leczenia urazu) lub zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem chemio- i/lub radioterapii) | 970 zł | 1 950 zł | 2 950 zł |
| 381 | 5 lat ¹ | Choroba hematologiczna leczona operacyjnie usunięciem śledziony | 2 650 zł | 5 340 zł | 8 080 zł |
| 382 | 5 lat ¹ | Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczony zachowawczo | 3 530 zł | 7 040 zł | 10 670 zł |
| 383 | 5 lat ¹ | Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczony autologicznym lub izogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku (w tym także komórek macierzystych wyizolowanych z krwi obwodowej) | 14 950 zł | 29 910 zł | 45 310 zł |
| 384 | 5 lat ¹ | Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczony allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku | 17 090 zł | 34 180 zł | 51 790 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|---|--------------------|--|------------------|-----------|-----------|
| | | | I | II | III |
| TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| 385 | - | Uraz wielonarządowy lub uraz wielomiejscowy narządu ruchu wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii | 2 400 zł | 4 790 zł | 7 280 zł |
| 386 | - | Złamania kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone zachowawczo | 770 zł | 1 550 zł | 2 320 zł |
| 387 | - | Złamania kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone operacyjnie | 1 860 zł | 3 720 zł | 5 660 zł |
| 388 | - | Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony zachowawczo | 5 340 zł | 10 670 zł | 16 180 zł |
| 389 | - | Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony operacyjnie | 6 400 zł | 12 810 zł | 19 420 zł |
| 390 | - | Uraz głowy ze wstrząśnięciem mózgu leczony zachowawczo | 1 070 zł | 2 130 zł | 3 230 zł |
| 391 | - | Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony zachowawczo (w tym z zastosowaniem tamponady) | 590 zł | 1 200 zł | 1 810 zł |
| 392 | - | Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo | 750 zł | 1 510 zł | 2 270 zł |
| 393 | - | Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony operacyjnie | 850 zł | 1 710 zł | 2 590 zł |
| 394 | - | Złamanie kości twarzoczaszki bez złamania oczodołu leczone operacyjnie | 1 730 zł | 3 470 zł | 5 240 zł |
| 395 | - | Złamanie kości twarzoczaszki ze złamaniem oczodołu leczone operacyjnie | 4 400 zł | 8 800 zł | 13 330 zł |
| 396 | - | Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony zachowawczo | 940 zł | 1 860 zł | 2 820 zł |
| 397 | - | Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony operacyjnie | 1 290 zł | 2 590 zł | 3 880 zł |
| 398 | - | Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczony operacyjnie | 2 130 zł | 4 270 zł | 6 470 zł |
| 399 | - | Uraz gardła lub krtani leczony zachowawczo | 640 zł | 1 290 zł | 1 940 zł |
| 400 | - | Uraz gardła lub krtani leczony operacyjnie | 1 460 zł | 2 890 zł | 4 370 zł |
| 401 | - | Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub krwiakiem opłucnej albo odmą opłucnej ze złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo lub drenażem opłucnej | 2 130 zł | 4 270 zł | 6 470 zł |
| 402 | - | Uraz narządów klatki piersiowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu klatki piersiowej leczonego wyłącznie drenażem chirurgicznym opłucnej) | 2 560 zł | 5 110 zł | 7 770 zł |
| 403 | - | Uraz narządów jamy brzusznej lub układu moczowo-płciowego leczony zachowawczo | 1 460 zł | 2 890 zł | 4 370 zł |
| 404 | - | Uraz narządów jamy brzusznej (z wyłączeniem urazu narządów układu moczowo-płciowego) leczony operacyjnie | 2 400 zł | 4 790 zł | 7 280 zł |
| 405 | - | Uraz narządów układu moczowo-płciowego leczony operacyjnie | 2 820 zł | 5 660 zł | 8 570 zł |
| 406 | - | Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie | 520 zł | 1 070 zł | 1 610 zł |
| 407 | - | Rozległe oparzenie skóry (obejmujące co najmniej 10% TBSA) leczone zachowawczo | 1 460 zł | 2 890 zł | 4 370 zł |
| 408 | - | Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny górnej wywołane urazem leczony operacyjnie | 2 850 zł | 5 690 zł | 8 600 zł |
| 409 | - | Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny dolnej wywołane urazem leczony operacyjnie | 2 850 zł | 5 690 zł | 8 600 zł |
| 410 | - | Rozległy ubytek lub martwica skóry tułowia, szyi lub owłosionej skóry głowy wywołane urazem leczony operacyjnie | 2 240 zł | 4 450 zł | 6 690 zł |
| 411 | - | Rozległy ubytek lub martwica skóry twarzy wywołane urazem leczony operacyjnie | 5 950 zł | 11 890 zł | 18 010 zł |
| CHOROBY UKŁADOWE LUB OGÓLNOUSTROJOWE | | | | | |
| 412 | 5 lat ¹ | Reumatoidalne zapalenie stawów, tocznia układowa, twardzina układowa, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, zapalenie naczyń z martwicą leczone zachowawczo | 1 920 zł | 3 830 zł | 5 820 zł |
| 413 | 5 lat ¹ | Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia układowego, twardziny układowej, zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, zapalenia naczyń z martwicą) | 1 160 zł | 2 300 zł | 3 490 zł |
| 414 | 5 lat ¹ | Zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczony zachowawczo z wyłączeniem zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczonego zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego | 1 360 zł | 2 740 zł | 4 140 zł |
| 415 | 5 lat ¹ | Choroba infekcyjna ośrodkowego układu nerwowego (z wyłączeniem neuroboreliozy), zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczony zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego | 3 830 zł | 7 680 zł | 11 650 zł |

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|---------|--------------------|--|------------------|----------|----------|
| | | | I | II | III |
| 416 | 5 lat ¹ | Choroba zakaźna leczona zachowawczo (z wyłączeniem zapalenia gardła, krtani, ucha lub tkanek oczodołu, półpaśca ocznego, chorób przenoszonych drogą płciową, zakażenia układu moczowego, układu kostnego, stawów lub tkanek okołostawowych, zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, choroby infekcyjnej ośrodkowego układu nerwowego leczonej zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego, zatrucia lub zakażenia pokarmowego lub chorób zapalnych płuc lub oskrzeli) | 1 260 zł | 2 550 zł | 3 880 zł |
| 417 | 5 lat ¹ | Wstrząs septyczny leczony zachowawczo | 1 920 zł | 3 830 zł | 5 820 zł |
| 418 | 5 lat ¹ | Otyłość leczona metodami endoskopowymi (z wyłączeniem leczenia zachowawczego, leczenia operacyjnego metodą otwartą, leczenia laparoskopowego lub liposukcji) | 740 zł | 1 490 zł | 2 260 zł |
| 419 | 5 lat ¹ | Otyłość leczona operacyjnie metodą otwartą lub laparoskopowo | 1 030 zł | 2 070 zł | 3 100 zł |

Część II. Inne Postępowania Medyczne

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|---------|--------------------|----------------------------|------------------|----------|----------|
| | | | I | II | III |
| 420 | 5 lat ¹ | Inne Postępowanie Medyczne | 640 zł | 1 290 zł | 1 940 zł |

Część III. Postępowania Medyczne SOR

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|---------|--------------------------|---------------------------|------------------|--------|--------|
| | | | I | II | III |
| 421 | 12 miesięcy ¹ | Postępowanie Medyczne SOR | 130 zł | 190 zł | 260 zł |

Część IV. Postępowania Medyczne Ambulatoryjne

| Nr poz. | Okres karencji | Postępowanie Medyczne | Poziom Świadczeń | | |
|---------|--------------------------|-------------------------------------|------------------|--------|----------|
| | | | I | II | III |
| 422 | 12 miesięcy ¹ | Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne | 390 zł | 770 zł | 1 160 zł |

Część V. Okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Dodatkowe

| Nr poz. | Okoliczności wypłaty | Poziom Świadczeń | | |
|---------|--|---|----------|----------|
| | | I | II | III |
| 423 | Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio-, hormono- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym Głównym Postępowaniem Medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek | 770 zł | 1 550 zł | 2 320 zł |
| 424 | Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca / zawałem serca / operacją serca / udarem mózgu, przeprowadzone w sanatorium / szpitalu uzdrowiskowym / stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia Pobytu w Szpitalu, podczas którego zastosowano Główne Postępowanie Medyczne w związku z powyższymi schorzeniami | 1 290 zł | 2 590 zł | 3 880 zł |
| 425 | Główne Postępowanie Medyczne przeprowadzone na rzecz Ubezpieczonego, który w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu, w czasie którego zastosowano to Postępowanie Medyczne, nie ukończył 18. roku życia | 65 zł | 130 zł | 190 zł |
| | | za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, ale łącznie nie więcej niż: | | |
| | | 320 zł | 640 zł | 960 zł |

Część VI. Okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Lekowe

| Nr poz. | Okoliczności wypłaty | Świadczenie Lekowe |
|---------|--|--------------------|
| 426 | Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, z wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego | 770 zł |
| 427 | Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym lub zabiegowym, z wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego | 390 zł |
| 428 | Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego | 6 470 zł |

| Nr poz. | Okoliczności wypłaty | Świadczenie Lekowe |
|---------|--|--------------------|
| 429 | Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego, a następnie zastosowanie zaleconych przez onkologa: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, o ile na dzień zastosowania: – znajdowały się w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub stanowiły produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pozwolenia wydanego przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską oraz – nie zaliczały się do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – niezależnie od tego, czy Ubezpieczony miał prawo do korzystania z tych świadczeń. | 12 950 zł |

Część VII. Limity Wypłat

| Limit Wypłat | Poziom Świadczeń | | |
|---|------------------|-----------|------------|
| | I | II | III |
| Jeśli ubezpieczenie nie obejmuje opcji Świadczenia Lekowego | 36 250 zł | 72 500 zł | 108 750 zł |
| Jeśli ubezpieczenie obejmuje opcję Świadczenia Lekowego | 42 730 zł | 85 450 zł | 129 470 zł |

¹ Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach.

² Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach, przy czym:

- okres 5 lat odnosi się do Postępowań Medycznych, które dotyczą tej samej struktury wielokrotnie występującej,
- okres 18 miesięcy odnosi się do Postępowań Medycznych, które dotyczą takiej samej struktury, anatomicznie inaczej położonej.

³ Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach, i jest liczony odrębnie dla lewego i prawego narządu położonego symetrycznie.

⁴ Ubezpieczenie nie obejmuje Głównego Postępowania Medycznego związanego z chorobą zwyrodnieniową stawu leżącego endoprotezoplastyką, jeśli Pobyt w Szpitalu, który wiąże się z tym postępowaniem, rozpoczyna się w pierwszych 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej.

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu nr 99/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Pobyty w szpitalu

Co zyskujesz?

Wyptacimy Ci pieniądze już za 1 dzień pobytu w szpitalu, który jest konsekwencją wypadku, oraz już za 4 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu, który ma związek z chorobą.

Warto wiedzieć

- Wyptata za dzień pobytu w szpitalu to nawet **500 zł** (wysokość zależy od wybranego Dziennego Świadczenia Szpitalnego).
- Możesz otrzymać wiele wyptat z tej umowy – nawet za **180 dni pobytu** w szpitalu w ciągu roku.
- Wyptacimy Ci świadczenie rekonwalescencyjne za pobyt w szpitalu, który trwał nieprzerwanie 14 dni.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU (PS/TZ/2/2024)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU (PS/TZ/2/2024)

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 ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która:
 - a) prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, potogu, chyba że zgodnie z dokumentacją medyczną występuje zagrożenie poronieniem, poronienie, zagrożenie porodem przedwczesnym, ciąża pozamaciczna, zagrożenie życia osoby, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową, lub zagrożenie życia dziecka;
 - b) występuje w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
3. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
4. **Dzienne Świadczenie Szpitalne** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe za jeden Dzień Pobytu w Szpitalu; Dzienne Świadczenie Szpitalne wskazujemy w Dokumentie Ubezpieczenia
5. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia rejestracji do dnia wypisu
6. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
7. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Pobyt w Szpitalu nie jest pobyt na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym
8. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe

Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia

9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
 - b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarskiPodmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
10. **Świadczenie Rekonwalescencyjne** – równowartość pięciu Dziennych Świadczeń Szpitalnych, którą wypłacamy za Pobyt w Szpitalu, który trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni
11. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
12. **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)
13. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koto podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
14. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego oraz Świadczenia Rekonwalescencyjnego.
3. Dzienne Świadczenie Szpitalne wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Pobytu w Szpitalu w celu leczenia:
 - a) Choroby – jeżeli pobyt trwa nieprzerwanie 4 dni lub
 - b) następstw Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstw wypadków, którym Ubezpieczony uległ w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu – jeżeli pobyt trwał przez co najmniej 1 dzień.
4. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 180 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Jeżeli Pobyt w Szpitalu trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni, to wypłacamy Ubezpieczonemu także Świadczenie Rekonwalescencyjne. Z tytułu tego samego Pobytu w Szpitalu wypłacamy wyłącznie jedno takie świadczenie.
6. Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje tylko Pobyt w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

- Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - 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,
 - gdy zostanie rozwiązana Umowa.Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

- Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
- Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu oraz
 - rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
- Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
- Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
- Jeśli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

- Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - Wiek Ubezpieczonego,
 - Dziennego Świadczenia Szpitalnego,
 - wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

- Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa:
 - co najmniej jeden dzień lub dłużej – w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku lub
 - nieprzerwanie 4 dni lub dłużej – w celu leczenia Choroby to wypłacamy Ubezpieczonemu Dienne Świadczenie za każdy dzień takiego pobytu, ale nie więcej niż za 180 dni.
- Do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązuje w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu, z wyłączeniem sytuacji, w której podwyższyliśmy Dienne Świadczenie Szpitalne na Twój wniosek, a następnie w ciągu 90 dni od tej zmiany Ubezpieczony rozpoczął Pobyt w Szpitalu w celu leczenia Choroby. W takiej sytuacji do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązywało przed podwyższeniem.

- Jeżeli Pobyt w Szpitalu trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni, to wypłacamy Ubezpieczonemu także Świadczenie Rekonwalescencyjne.
- Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, to Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę za pierwsze 30 dni tego pobytu.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu oraz:

- wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- dokumentów, które potwierdzają Pobyt w Szpitalu, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- w wyjątkowych sytuacjach możemy poprosić o: historię Choroby, wyniki badań, dokumentację medyczną dotyczącą diagnozowania i leczenia Choroby lub następstw Nieszczęśliwego Wypadku, których leczenie było przyczyną Pobytu w Szpitalu.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

- Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Pobytu w Szpitalu nastąpił:
 - 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 związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzebraniem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką Dziecko pozostaje,
 - w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
 - w związku z wadą wrodzoną Dziecka,
 - w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
 - w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
 - w związku z zabiegiem operacyjnym cięcia cesarskiego, o ile konieczność przeprowadzenia zabiegu nie była spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem,
 - w związku z diagnozowaniem i leczeniem niepełności,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 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 Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 47/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”

MATERIAL REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci dostęp do lekarzy specjalistów, badań medycznych i drobnych zabiegów w 1500 placówkach medycznych Grupy LUX MED.
- Możesz korzystać z lekarskich wizyt domowych oraz pomocy w razie nagłych problemów ze zdrowiem dzięki programowi Medi-Assistance.
- Dostęp do opieki medycznej mają również Twój najbliżsi: partner albo partnerka oraz dzieci. Wystarczy, że wybierzesz pakiet w wersji rodzinnej – jej cena nie zależy od liczby osób w rodzinie.

Warto wiedzieć

Zawsze aktualną listę placówek medycznych Grupy LUX MED (własnych i partnerskich) znajdziesz na stronie: www.allianz.pl

Zwróć uwagę

- Z porad wielu lekarzy specjalistów możesz korzystać bez skierowania.
- W przypadku dzieci wizyta u specjalisty powinna być poprzedzona wizytą u pediatry (z wyjątkiem wizyty u okulisty, ortopedy, chirurga, laryngologa oraz neurologa).

Jak skorzystać ze specjalistycznej porady lub zrobić badanie diagnostyczne?

- Na konsultacje we wszystkich placówkach możesz umawiać się telefonicznie, a w przypadku placówek własnych Grupy LUX MED – również przez internet: www.luxmed.pl/dla-pacjentow, zakładka Portal Pacjenta.
- Aby skorzystać z badania diagnostycznego, potrzebujesz skierowania od lekarza Grupy LUX MED.



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (PMED/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1-5 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 2 ust. 6 Art. 9 Art. 10 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (PMED/TZ/4/2023)

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 ułatwią 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku,
 - b) trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny
4. **Partner** – osoba, z którą Ubezpieczony prowadzi z wspólnie gospodarstwo domowe
5. **Placówka Medyczna** – podmiot leczniczy lub lekarz świadczący Usługi Medyczne, który współpracuje z nami w zakresie realizacji Usług Medycznych
6. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
7. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwoty, które wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia, odrębnie dla Niezdolności do Pracy i dla śmierci Ubezpieczonego i które wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku wystąpienia danego zdarzenia; kwoty te nie podlegają indeksacji
8. **Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Dodatkowej i która w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat. Ubezpieczonym może być:
 - a) w wersji indywidualnej – Ubezpieczony Główny lub pełnoletni Ubezpieczony w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie,
 - b) w wersji rodzinnej – Ubezpieczony Główny lub pełnoletni Ubezpieczony w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie wraz z następującymi osobami, które zostały wskazane we Wniosku:
 - ich małżonkami albo Partnerami lub

- własnymi albo przysposobionymi dziećmi tych osób, o ile pozostają albo do uzyskania pełnoletności pozostawaty pod ich władzą rodzicielską

9. **Usługi Medyczne** – działania, których celem jest przywrócenie zdrowia Ubezpieczonego, zapobieganie chorobom, ich wczesne wykrywanie oraz leczenie. Działania te obejmują uzasadnione z medycznego punktu widzenia: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz zabiegi ambulatoryjne
10. **Wariant Ubezpieczenia** – zakres Usług Medycznych, które udostępniamy Ubezpieczonemu w Umowie Dodatkowej
11. **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)
12. **Wykaz Usług Medycznych** – dokument, który zawiera listę Usług Medycznych objętych ubezpieczeniem w poszczególnych Wariantach Ubezpieczenia
13. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
14. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Zgodnie z Twoim Wnioskiem ochroną ubezpieczeniową obejmujemy:
 - a) życie i zdrowie jednego Ubezpieczonego (wersja indywidualna) albo
 - b) życie i zdrowie wielu Ubezpieczonych (wersja rodzinna).
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) korzystanie przez Ubezpieczonego z Usług Medycznych w Placówkach Medycznych – zgodnie z Wariantem Ubezpieczenia, który wybierasz,
 - b) Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku pełnoletniego Ubezpieczonego,
 - c) śmierć Ubezpieczonego,także wtedy, gdy występują w związku z Rekreacyjnym Uprawianiem Sportu.
3. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. W razie śmierci Ubezpieczonego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Ubezpieczony może korzystać z Usług Medycznych w okresie, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
6. Jeśli spóźnisz się z płatnościami Składek o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do Usług Medycznych z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznawiamy dostęp do Usług Medycznych.
7. W tym samym czasie możemy obejmować Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednej Umowy Dodatkowej.

ART. 3 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.
2. Nie zawieramy z Tobą nowej Umowy Dodatkowej dla tego samego Ubezpieczonego w ciągu 6 miesięcy od rozwiązania poprzedniej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy za Niezdolność do Pracy, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) tego, czy wybierasz wersję indywidualną czy rodzinną ubezpieczenia, oraz
 - c) Wariantu Ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 JAK SKORZYSTAĆ Z USŁUGI MEDYCZNEJ

1. Ubezpieczony, aby skorzystać z Usługi Medycznej w ramach swojego Wariantu Ubezpieczenia:
 - a) uzgadnia termin z wybraną Placówką Medyczną: telefonicznie, osobiście albo online za pośrednictwem portalu pacjenta,
 - b) stosuje się do otrzymanych zaleceń i wskazówek,
 - c) zgłasza się do Placówki Medycznej w uzgodnionym terminie, z ważnym dokumentem tożsamości,
 - d) korzysta z badań diagnostycznych oraz zabiegów ambulatoryjnych na podstawie zlecenia lekarza z Placówki Medycznej. Placówka Medyczna może odmówić realizacji Usługi Medycznej, jeśli Ubezpieczony nie stosuje się do tych zasad.
2. Możemy zmienić Listę Placówek Medycznych z ważnych przyczyn, takich jak zaprzestanie albo rozpoczęcie świadczenia Usług Medycznych przez Placówkę Medyczną. Taka zmiana nie stanowi zmiany Umowy Dodatkowej.
3. Aktualną listę Placówek Medycznych udostępniamy na naszej stronie internetowej.
4. Wariant ubezpieczenia możesz zmienić raz w Roku Ubezpieczenia.

ART. 7 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie Niezdolności do Pracy danego Ubezpieczonego wypłacamy mu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, którą wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. W razie śmierci danego Ubezpieczonego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, którą wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Pieniądże wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego zgodnie z OWU albo Ogólnymi warunkami umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, chyba że Ubezpieczony wskazał inne osoby. W przypadku pozostałych Ubezpieczonych pieniądze wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców danego 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.

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy:

- a) zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:
 - wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego,
- b) zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci. Jeśli nie jest możliwe dostarczenie nam tych dokumentów, to prosimy o inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.

ART. 9 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła:
 - a) w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej,
 - b) 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.
2. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:
 - a) 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,
 - b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego,
 - c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
 - e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
 - f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - g) w wyniku udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, stosowania metod leczenia nieznanymi naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej,
 - h) 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,
 - i) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

ART. 10 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH UBEZPIECZENIE NIE OBEJMUJE WIZYTY W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, oraz poza okolicznościami, które wymieniamy w artykule powyżej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym ubezpieczenie nie obejmuje także wizyty Ubezpieczonego w Placówce Medycznej, która była skutkiem:
 - a) AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - b) choroby Alzheimera,
 - c) zabiegu aborcji,
 - d) ciąży wysokiego ryzyka lub ciąży – jeśli wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym lub komplikacje potogu,
 - e) diagnozowania i leczenia niepłodności,
 - f) zabiegu zmiany płci,
 - g) leczenia protetycznego, ortodontycznego lub z zakresu chirurgii szczękowej,
 - h) leczenia, zabiegów i operacji z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki,
 - i) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz rehabilitacji, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych,
 - j) leczenia odwykowego, zabiegów i kuracji odwykowych,
 - k) pełnienia służby wojskowej.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje także wizyty Ubezpieczonego w placówce medycznej, jeśli w okresie przed podpisaniem Wniosku rozpoznano u niego lub był on leczony z powodu któregośkolwiek ze schorzeń wymienionych w tym Wniosku.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

WYKAZ USŁUG MEDYCZNYCH DO UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (WUM/TZ/4/2024)

Usługi medyczne są realizowane w przychodniach LUX MED i Medycyny Rodzinnej oraz we wskazanych przychodniach placówek współpracujących.

Aktualna lista placówek medycznych znajduje się na naszej stronie: www.allianz.pl. Informację o placówkach medycznych można również uzyskać na naszej infolinii (pod numerem tel. 224 224 224).

Na wizytę u lekarza, badania, zabiegi i inne usługi medyczne można umawiać się, dzwoniąc pod numer telefonu 22 33 22 888.

W celu skorzystania z Koordynacji Opieki Szpitalnej należy dzwonić pod numer telefonu 22 434 00 24

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|---|---|---|
| I. PORADY LEKARZY SPECJALISTÓW | | |
| Usługa obejmuje nielimitowane porady we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED w sytuacjach chorobowych oraz pomoc w nagłych zachorowaniach. Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Porady specjalistyczne nie obejmują konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora ani lekarzy na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. | | |
| A. DLA DOROSŁYCH | | |
| 1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda | 1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda 8. Alergolog 9. Chirurg ogólny 10. Diabetolog 11. Endokrynolog 12. Gastroenterolog 13. Hematolog 14. Nefrolog 15. Neurolog 16. Onkolog 17. Proktolog 18. Pulmonolog 19. Reumatolog 20. Urolog | 1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda 8. Alergolog 9. Chirurg ogólny 10. Diabetolog 11. Endokrynolog 12. Gastroenterolog 13. Hematolog 14. Nefrolog 15. Neurolog 16. Onkolog 17. Proktolog 18. Pulmonolog 19. Reumatolog 20. Urolog 21. Ginekolog-endokrynolog |
| Specjaliści dla dorosłych, do których jest wymagane skierowanie | | |
| | | 22. Anestezjolog 23. Chirurg naczyniowy 24. Chirurg onkolog 25. Hepatolog 26. Immunolog 27. Neurochirurg 28. Specjalista chorób zakaźnych 29. Specjalista rehabilitacji medycznej |
| B. DLA DZIECI | | |
| 8. Pediatria/specjalista medycyny rodzinnej 9. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 10. Okulista dla dzieci 11. Ortopeda dla dzieci | 21. Pediatria/specjalista medycyny rodzinnej 22. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 23. Okulista dla dzieci 24. Ortopeda dla dzieci 25. Chirurg dla dzieci 26. Laryngolog dla dzieci 27. Neurolog dla dzieci | 30. Pediatria/specjalista medycyny rodzinnej 31. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 32. Okulista dla dzieci 33. Ortopeda dla dzieci 34. Chirurg dla dzieci 35. Laryngolog dla dzieci 36. Neurolog dla dzieci |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|--|--|---|
| Specjaliści dla dzieci, do których jest wymagane skierowanie | | |
| 12. Dermatolog dla dzieci 13. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.) | 28. Dermatolog dla dzieci 29. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.) 30. Gastroenterolog dla dzieci 31. Kardiolog dla dzieci 32. Nefrolog dla dzieci 33. Urolog dla dzieci | 37. Dermatolog dla dzieci 38. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.) 39. Gastroenterolog dla dzieci 40. Kardiolog dla dzieci 41. Nefrolog dla dzieci 42. Urolog dla dzieci 43. Alergolog dla dzieci 44. Endokrynolog dla dzieci 45. Hematolog dla dzieci 46. Onkolog dla dzieci 47. Pulmonolog dla dzieci 48. Reumatolog dla dzieci 49. Specjalista rehabilitacji medycznej dla dzieci |

II. PORADY W TRYBIE DYŻUROWYM

Usługa obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, zaostrzeniu choroby przewlekłej, które wystąpiły w ciągu 24 h od momentu przyjęcia zgłoszenia konsultacji. Lekarze dyżurni są dostępni w godzinach pracy wskazanych przychodni własnych Grupy LUX MED, wyłącznie w dniu jej zgłoszenia. Usługa nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).

Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej.

| | | |
|--|---|--|
| 1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej | 1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej 2. Chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.) | 1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej 2. Chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.) 3. Ortopeda (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.) |
|--|---|--|

III. ZABIEGI AMBULATORYJNE

Usługi obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi, w tym: diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych zależy od zakresu konsultacji lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach posiadanego zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w wyznaczonej przychodni. Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów, od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

A. ZABIEGI AMBULATORYJNE PIELĘGNIARSKIE

| | | |
|---|---|---|
| 1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty | 1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty | 1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty |
|---|---|---|

B. ZABIEGI AMBULATORYJNE OGÓLNOLEKARSKIE

| | | |
|---|---|---|
| 11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne | 11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne | 11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne |
|---|---|---|

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|--|--|---|
| C. ZABIEGI AMBULATORYJNE CHIRURGICZNE | | |
| | 14. Szycie rany do 1,5 cm 15. Usunięcie kleszcza – chirurgiczne 16. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne 17. Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia 18. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 19. Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (za wyjątkiem zdejmowania szwów po porodzie) 20. Z założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty (niewymagający opracowania chirurgicznego) | 14. Szycie rany do 1,5 cm 15. Usunięcie kleszcza – chirurgiczne 16. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne 17. Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia 18. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 19. Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (za wyjątkiem zdejmowania szwów po porodzie) 20. Z założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty (niewymagający opracowania chirurgicznego) 21. Szycie rany do 3 cm (w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy) 22. Usunięcie czyraka/drobnego ropnia powłok skórnych (do 2 cm) 23. Wycięcie chirurgiczne metodą klasyczną zmiany skórnej do 1,5 cm ze wskazań medycznych (nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych) wraz ze standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z usuniętej zmiany skórnej 24. Zmiana/złożenie – opatrunek duży |
| D. ZABIEGI AMBULATORYJNE LARYNGOLOGICZNE | | |
| 14. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 15. Katetyzacja trąbki słuchowej 16. Płukanie ucha 17. Usunięcie ciała obcego z nosa 18. Usunięcie ciała obcego z ucha 19. Proste opatrunki laryngologiczne 20. Koagulacja naczyń przegrody nosa 21. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 22. Usunięcie tamponady nosa 23. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 24. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 25. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 26. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 27. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 28. Z założenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym | 21. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 22. Katetyzacja trąbki słuchowej 23. Płukanie ucha 24. Usunięcie ciała obcego z nosa 25. Usunięcie ciała obcego z ucha 26. Proste opatrunki laryngologiczne 27. Koagulacja naczyń przegrody nosa 28. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 29. Usunięcie tamponady nosa 30. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 31. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 32. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 33. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 34. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 35. Z założenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym 36. Usunięcie ciała obcego z gardła (wyłącznie w przypadkach możliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych) | 25. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 26. Katetyzacja trąbki słuchowej 27. Płukanie ucha 28. Usunięcie ciała obcego z nosa 29. Usunięcie ciała obcego z ucha 30. Proste opatrunki laryngologiczne 31. Koagulacja naczyń przegrody nosa 32. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 33. Usunięcie tamponady nosa 34. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 35. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 36. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 37. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 38. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 39. Z założenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym 40. Usunięcie ciała obcego z gardła (wyłącznie w przypadkach możliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych) 41. Punkcja zatok 42. Wlewka krtaniowa 43. Płukanie zatok metodą Pretza 44. Nastawienie nosa zamknięte 45. Podcięcie wędzidełka języka w jamie ustnej 46. Nacięcie krwiałków przegrody nosa 47. Nacięcie krwiałków małżowiny usznej |
| E. ZABIEGI AMBULATORYJNE OKULISTYCZNE | | |
| 29. Usunięcie ciała obcego z oka 30. Standardowe badanie dna oka 31. Dobór szkielek korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 32. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 33. Badanie ostrości widzenia 34. Standardowe badanie autorefraktometrem 35. Podanie leku do worka spojówkowego 36. Standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego 37. Standardowe badanie widzenia przestrzennego 38. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.) | 37. Usunięcie ciała obcego z oka 38. Standardowe badanie dna oka 39. Dobór szkielek korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 40. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 41. Badanie ostrości widzenia 42. Standardowe badanie autorefraktometrem 43. Podanie leku do worka spojówkowego 44. Standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego 45. Standardowe badanie widzenia przestrzennego 46. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.) | 48. Usunięcie ciała obcego z oka 49. Standardowe badanie dna oka 50. Dobór szkielek korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 51. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 52. Badanie ostrości widzenia 53. Standardowe badanie autorefraktometrem 54. Podanie leku do worka spojówkowego 55. Standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego 56. Standardowe badanie widzenia przestrzennego 57. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.) |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|---|---|--|
| F. ZABIEGI AMBULATORYJNE ORTOPEDYCZNE | | |
| 39. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 40. Przygotowanie gipsu tradycyjnego – opaska 41. Zażożenie gipsu 42. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 43. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 44. Zażożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 45. Nastawienie zwichnięcia lub złamania | 47. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 48. Przygotowanie gipsu tradycyjnego – opaska 49. Zażożenie gipsu 50. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 51. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 52. Zażożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 53. Nastawienie zwichnięcia lub złamania | 58. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 59. Przygotowanie gipsu tradycyjnego – opaska 60. Zażożenie gipsu 61. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 62. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 63. Zażożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 64. Nastawienie zwichnięcia lub złamania 65. Punkcja dostawowa – pobranie materiału do badań 66. Wykonanie iniekcji dostawowej i okotostawowej 67. Blokada dostawowa i okotostawowa 68. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – duże stawy 69. Unieruchomienie typu Dessault mały/duży 70. Zażożenie gipsu tradycyjnego typu gorset |
| G. ZABIEGI AMBULATORYJNE DERMATOLOGICZNE (Zabieg standardowy – zabieg powszechnie dostępny i powszechnie stosowany na terenie Polski) | | |
| 46. Standardowa dermatoskopia | 54. Standardowa dermatoskopia | 71. Standardowa dermatoskopia 72. Zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry 73. Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii, 1 do 6 zmian 74. Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii, 1 do 6 zmian 75. Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii, od 7 zmian 76. Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii, od 7 zmian |
| H. ZABIEGI AMBULATORYJNE GINEKOLOGICZNE (Zabieg standardowy – zabieg powszechnie dostępny i powszechnie stosowany na terenie Polski) | | |
| 47. Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy | 55. Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy | 77. Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy 78. Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej 79. Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej 80. Zabiegi w obrębie szyjki macicy i sromu metodą kriokoagulacji |
| I. ZABIEGI AMBULATORYJNE ALERGOLOGICZNE | | |
| | 56. Odczulanie (lek pacjenta) wraz z konsultacją alergologa | 81. Odczulanie (lek pacjenta) wraz z konsultacją alergologa |
| J. BIOPSJE WRAZ ZE STANDARDOWYM BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM – MATERIAŁ Z BIOPSI CIENKOIGŁOWEJ | | |
| | | 82. Biopsja cienkoigłowa skóry/tkanki podskórnej 83. Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych 84. Biopsja cienkoigłowa tarczycy 85. Biopsja cienkoigłowa sutka |
| K. BIOPSJE WRAZ ZE STANDARDOWYM BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM – MATERIAŁ Z BIOPSI GRUBOIGŁOWEJ | | |
| | | 86. Biopsja gruboigłowa prostaty pod kontrolą USG |
| L. ZNIECZULENIA | | |
| 48. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne | 57. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne | 87. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne 88. Znieczulenie miejscowe (powierzchnowe) do endoskopii |
| Ł. INNE ZABIEGI | | |
| | | 89. Zażożenie cewnika Foleya 90. Usunięcie cewnika Foleya 91. Wykonanie enemy |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|---|--|--|
| IV. BADANIA DIAGNOSTYCZNE | | |
| <p>Usługa obejmuje wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy wskazanych przychodni własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodni współpracujących z Grupą LUX MED, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. przychodniach.</p> <p>W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w Umowie Dodatkowej. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu nie będą objęte zakresem ubezpieczenia. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni. O ile nie zaznaczono inaczej, usługa nie obejmuje testów paskowych, a diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).</p> | | |
| A. DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA | | |
| a) Badania moczu | | |
| 1. Mocz – badanie ogólne | 1. Mocz – badanie ogólne 2. Białko w moczu 3. Białko całkowite/DZM (dobowa zbiórka moczu) 4. Glukoza/DZM (dobowa zbiórka moczu) 5. Fosfor w moczu 6. Fosfor w moczu/DZM 7. Kreatynina w moczu 8. Kreatynina w moczu/DZM 9. Kwas moczowy w moczu 10. Kwas moczowy w moczu/DZM 11. Magnez/Mg w moczu 12. Magnez/Mg w moczu DZM 13. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN w moczu 14. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN/w moczu DZM 15. Sód/Na w moczu 16. Sód/Na w moczu/DZM 17. Wapń w moczu 18. Wapń w moczu/DZM 19. Potas/K w moczu 20. Potas/K w moczu/DZM 21. Ołów/Pb w moczu | 1. Mocz – badanie ogólne 2. Białko w moczu 3. Białko całkowite/DZM (dobowa zbiórka moczu) 4. Glukoza/DZM (dobowa zbiórka moczu) 5. Fosfor w moczu 6. Fosfor w moczu/DZM 7. Kreatynina w moczu 8. Kreatynina w moczu/DZM 9. Kwas moczowy w moczu 10. Kwas moczowy w moczu/DZM 11. Magnez/Mg w moczu 12. Magnez/Mg w moczu DZM 13. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN w moczu 14. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN/w moczu DZM 15. Sód/Na w moczu 16. Sód/Na w moczu/DZM 17. Wapń w moczu 18. Wapń w moczu/DZM 19. Potas/K w moczu 20. Potas/K w moczu/DZM 21. Ołów/Pb w moczu 22. Kwas wanilinomigdatowy (VAM) w moczu 23. Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) 24. Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM 25. Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM 26. Metoksykatecholaminy w DZM 27. Kortyzol w DZM 28. Amylaza w moczu |
| b) Badania krwi wraz z pobraniem materiału (krew) do badania | | |
| 1) Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania | | |
| 2. OB/ESR 3. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 4. Rozmaz ręczny krwi 5. INR/Czas protrombinowy 6. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy) | 22. OB/ESR 23. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 24. Rozmaz ręczny krwi 25. INR/Czas protrombinowy 26. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy) 27. Czas trombinowy – TT 28. Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi 29. Fibrynogen | 29. OB/ESR 30. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 31. Rozmaz ręczny krwi 32. INR/Czas protrombinowy 33. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy) 34. Czas trombinowy – TT 35. Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi 36. Fibrynogen 37. Płytki krwi manualnie 38. D – Dimery |
| 2) Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania | | |
| 7. Glukoza na czczo 8. Glukoza 60' po jedzeniu 9. Glukoza 120' po jedzeniu 10. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 11. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 13. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 14. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 15. Cholesterol całkowity 16. Kreatynina 17. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 18. Transaminaza GOT/AST 19. Transaminaza GPT/ALT 20. Bilirubina całkowita 21. Potas/K 22. Sód/Na 23. Chlorki/Cl | 30. Glukoza na czczo 31. Glukoza 60' po jedzeniu 32. Glukoza 120' po jedzeniu 33. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 34. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 35. Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h) 36. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 37. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 38. Cholesterol całkowity 39. Kreatynina 40. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 41. Transaminaza GOT/AST 42. Transaminaza GPT/ALT 43. Bilirubina całkowita 44. Potas/K 45. Sód/Na | 39. Glukoza na czczo 40. Glukoza 60' po jedzeniu 41. Glukoza 120' po jedzeniu 42. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 43. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 44. Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h) 45. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 46. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 47. Cholesterol całkowity 48. Kreatynina 49. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 50. Transaminaza GOT/AST 51. Transaminaza GPT/ALT 52. Bilirubina całkowita 53. Potas/K 54. Sód/Na |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|--|--|--|
| 24. Żelazo/Fe | 46. Chlorki/Cl | 55. Chlorki/Cl |
| 25. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | 47. Żelazo/Fe | 56. Żelazo/Fe |
| 26. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | 48. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | 57. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) |
| 27. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | 49. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | 58. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) |
| 28. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | 50. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | 59. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) |
| 29. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | 51. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | 60. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) |
| 30. TSH/hTSH | 52. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | 61. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) |
| 31. PSA całkowite | 53. TSH/hTSH | 62. TSH/hTSH |
| | 54. PSA całkowite | 63. PSA całkowite |
| | 55. Całkowita zdolność wiązania żelaza/TIBC – zastępuje saturację Fe | 64. Całkowita zdolność wiązania żelaza/TIBC – zastępuje saturację Fe |
| | 56. Ferrytyna | 65. Ferrytyna |
| | 57. Ceruloplazmina | 66. Ceruloplazmina |
| | 58. Transferyna | 67. Transferyna |
| | 59. Kwas foliowy | 68. Kwas foliowy |
| | 60. Witamina B12 | 69. Witamina B12 |
| | 61. HDL cholesterol | 70. HDL cholesterol |
| | 62. LDL cholesterol | 71. LDL cholesterol |
| | 63. LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio | 72. LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio |
| | 64. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) | 73. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) |
| | 65. Trójglicerydy | 74. Trójglicerydy |
| | 66. Bilirubina bezpośrednia | 75. Bilirubina bezpośrednia |
| | 67. Białko całkowite | 76. Białko całkowite |
| | 68. Białko PAPP-α | 77. Białko PAPP-α |
| | 69. Proteinogram | 78. Proteinogram |
| | 70. Albuminy | 79. Albuminy |
| | 71. Kwas moczowy | 80. Kwas moczowy |
| | 72. CPR (białko C reaktywne) ilościowo | 81. CPR (białko C reaktywne) ilościowo |
| | 73. Amylaza | 82. Amylaza |
| | 74. CK (kinaza kreatynowa) | 83. CK (kinaza kreatynowa) |
| | 75. Fosfataza zasadowa | 84. Fosfataza zasadowa |
| | 76. Fosfataza kwaśna | 85. Fosfataza kwaśna |
| | 77. GGTP | 86. GGTP |
| | 78. Lipaza | 87. Lipaza |
| | 79. LDH – dehydrogenaza mleczanowa | 88. LDH – dehydrogenaza mleczanowa |
| | 80. Magnez/Mg | 89. Magnez/Mg |
| | 81. Wapń/Ca | 90. Wapń/Ca |
| | 82. Fosfor/P | 91. Fosfor/P |
| | 83. Miedź | 92. Miedź |
| | 84. Tyreoglobulina | 93. Tyreoglobulina |
| | 85. Apolipoproteina A1 | 94. Apolipoproteina A1 |
| | 86. T3 wolne | 95. T3 wolne |
| | 87. T4 wolne | 96. T4 wolne |
| | 88. PSA – wolna frakcja | 97. PSA – wolna frakcja |
| | 89. Total Beta – hCG | 98. Total Beta – hCG |
| | 90. AFP – alfa-fetoproteina | 99. AFP – alfa-fetoproteina |
| | 91. CEA – antygen carcinoembrionalny | 100. CEA – antygen carcinoembrionalny |
| | 92. Immunoglobulin IgA | 101. Immunoglobulin IgA |
| | 93. Immunoglobulin IgE (IgE całkowite) | 102. Immunoglobulin IgE (IgE całkowite) |
| | 94. Immunoglobulin IgG | 103. Immunoglobulin IgG |
| | 95. Immunoglobulin IgM | 104. Immunoglobulin IgM |
| | | 105. FSH |
| | | 106. LH |
| | | 107. Progesteron |
| | | 108. Testosteron |
| | | 109. Testosteron wolny |
| | | 110. Prolaktyna |
| | | 111. Prolaktyna 30' po obciążeniu MCP 1 tabl. |
| | | 112. Prolaktyna 60' po obciążeniu MCP 1 tabl. |
| | | 113. Prolaktyna 120' po obciążeniu MCP 1 tabl. |
| | | 114. Kortyzol po południu |
| | | 115. Kortyzol rano |
| | | 116. Estradiol |
| | | 117. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) |
| | | 118. AFP – alfa-fetoproteina |
| | | 119. CA 125 |
| | | 120. CA 15.3 – antygen raka sutki |
| | | 121. CA 19.9 – antygen raka przewodu pokarmowego |
| | | 122. HbA1c – hemoglobina glikowana |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|---|---|--|
| 3) Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania | | |
| 32. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 33. HBs Ag/antygen | 96. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 97. HBs Ag/antygen 98. HBs Ab/przeciwciała 99. ASO ilościowo 100. ASO jakościowo 101. RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo 102. Odczyn Waaler-Rose 103. Grupa krwi ABO, Rh, p/ciała przegldowe 104. P/ciała odpornościowe przegldowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 105. Test BTA 106. CMV IgG 107. CMV IgM 108. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 109. EBV /Mononukleoz – lateks 110. EBV /Mononukleoz IgG 111. EBV /Mononukleoz IgM 112. Toksoplazmoza IgG 113. Toksoplazmoza IgM | 123. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 124. HBs Ag/antygen 125. HBs Ab/przeciwciała 126. ASO ilościowo 127. ASO jakościowo 128. RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo 129. Odczyn Waaler-Rose 130. Grupa krwi ABO, Rh, p/ciała przegldowe 131. P/ciała odpornościowe przegldowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 132. Test BTA 133. CMV IgG 134. CMV IgM 135. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 136. EBV /Mononukleoz – lateks 137. EBV /Mononukleoz IgG 138. EBV /Mononukleoz IgM 139. Toksoplazmoza IgG 140. Toksoplazmoza IgM 141. Przeciwciała a-mikrosomalne/Anty TPO 142. Przeciwciała a-tyreoglobulinowe/Anty TG 143. HCV Ab/przeciwciała 144. Helicobacter Pylori IgG ilościowo 145. Różyczka IgG 146. Różyczka IgM 147. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgA 148. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgG 149. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgM 150. HBc Ab IgM 151. HBc Ab total 152. Borelioza IgG 153. Borelioza IgM 154. Latex RF (RF jakościowo) 155. Przeciwciała p/jądrowe i p/cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy metodą IIF |
| 4) Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania | | |
| 34. Cholesterol – badanie paskowe 35. Glukoza – badanie glukometrem 36. Troponina – badanie paskowe | 114. Cholesterol – badanie paskowe 115. Glukoza – badanie glukometrem 116. Troponina – badanie paskowe 117. CRP – test paskowy | 156. Cholesterol – badanie paskowe 157. Glukoza – badanie glukometrem 158. Troponina – badanie paskowe 159. CRP – test paskowy |
| c) Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej) i inne | | |
| 37. Posiew moczu 38. Kał posiew ogólny 39. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) | 118. Posiew moczu 119. Kał posiew ogólny 120. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 121. Kał posiew w kierunku SS 122. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 123. Antybiogram do posiewu z wymazu z gardła, oka, nosa i płwociny 124. Wymaz z gardła – posiew tlenowy 125. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 126. Wymaz z migdałka 127. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 128. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 129. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 130. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 131. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 132. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 133. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 134. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 135. Wymaz z kanału szyjki macicy 136. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 137. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 138. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS) | 160. Posiew moczu 161. Posiew kału 162. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 163. Kał posiew w kierunku SS 164. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 165. Antybiogram do posiewu z wymazu z gardła, oka, nosa i płwociny 166. Wymaz z gardła – posiew tlenowy 167. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 168. Wymaz z migdałka 169. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 170. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 171. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 172. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 173. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 174. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 175. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 176. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 177. Wymaz z kanału szyjki macicy 178. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 179. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 180. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS) 181. Wymaz z ucha – posiew beztlenowy 182. Wymaz z ucha – posiew tlenowy 183. Wymaz z nosa 184. Wymaz z nosa – posiew tlenowy 185. Wymaz z oka – posiew tlenowy 186. Wymaz z rany 187. Wymaz z rany – posiew beztlenowy 188. Wymaz z cewki moczowej 189. Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy 190. Posiew płwociny 191. Posiew nasienia tlenowy 192. Kał posiew w kierunku E. Coli patogenne u dzieci do lat 2 193. Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|--|---|--|
| d) Badania kału | | |
| 40. Kał badanie ogólne | 139. Kał badanie ogólne 140. Krew utajona w kale/F.O.B. 141. Kał na pasożyty 1 próba | 194. Kał badanie ogólne 195. Krew utajona w kale/F.O.B. 196. Kał na pasożyty 1 próba 197. Kał na rota- i adenowirusy 198. Kał – lamblie (metoda antygenowa) |
| e) Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania (Zabieg standardowy – zabieg powszechnie dostępny i powszechnie stosowany na terenie Polski) | | |
| 41. Standardowa cytologia szyjki macicy | 142. Standardowa cytologia szyjki macicy 143. Standardowe cytologiczne badanie błony śluzowej nosa | 199. Standardowa cytologia szyjki macicy 200. Standardowe cytologiczne badanie błony śluzowej nosa |
| f) Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej) | | |
| | 144. Kał posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 145. Posiew moczu w kierunku grzybów drożdżopodobnych 146. Wymaz z gardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 147. Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 148. Wymaz z migdałka posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 149. Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 150. Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 151. Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych | 201. Kał posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 202. Posiew moczu w kierunku grzybów drożdżopodobnych 203. Wymaz z gardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 204. Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 205. Wymaz z migdałka posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 206. Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 207. Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 208. Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 209. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, paznokciec nogi 210. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, paznokciec ręki 211. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, włosy 212. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, wymaz ze skóry 213. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, zeszkrobiny skórne 214. Posiew płwociny w kierunku grzybów drożdżopodobnych 215. Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdżopodobnych 216. Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych, wydzielina 217. Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych – wymaz 218. Wymaz z cewki moczowej – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 219. Wymaz z nosa – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 220. Wymaz z oka – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 221. Wymaz z rany – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 222. Wymaz z ucha – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 223. Mykogram |
| g) Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania) | | |
| | | 224. Digoksyna 225. Otów |
| B. DIAGNOSTYKA OBRAZOWA | | |
| a) Badania ultrasonograficzne | | |
| 42. USG jamy brzusznej | 152. USG jamy brzusznej 153. USG układu moczowego 154. USG ślinianek 155. USG tarczycy 156. USG piersi 157. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 158. USG ginekologiczne transwaginalne 159. USG ciąży 160. USG przezciemiączkowe 161. USG stawu kolanowego 162. USG stawu łokciowego 163. USG prostaty przez powłoki brzuszne | 226. USG jamy brzusznej 227. USG układu moczowego 228. USG ślinianek 229. USG tarczycy 230. USG piersi 231. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 232. USG ginekologiczne transwaginalne 233. USG ciąży 234. USG przezciemiączkowe 235. USG stawu kolanowego 236. USG stawu łokciowego 237. USG prostaty przez powłoki brzuszne |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|---|--|---|
| | | 238. USG transrektalne prostaty |
| | | 239. USG narządów mocznych (jąder) |
| | | 240. USG stawów biodrowych |
| | | 241. USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 r.ż.) |
| | | 242. USG stawu barkowego |
| | | 243. USG stawu skokowego |
| | | 244. Echokardiografia – USG serca |
| | | 245. USG + Doppler tętnic kończyn górnych |
| | | 246. USG + Doppler tętnic kończyn dolnych |
| | | 247. USG + Doppler tętnic szyjnych i kręgowych |
| | | 248. USG + Doppler tętnic wewnętrznych |
| | | 249. USG + Doppler tętnic nerkowych |
| | | 250. USG + Doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych |
| | | 251. USG + Doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego) |
| | | 252. USG + Doppler żył kończyn górnych |
| | | 253. USG + Doppler żył kończyn dolnych |
| | | 254. USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki itd.) |
| | | 255. USG krwiaka pourazowego mięśni |
| | | 256. USG węzłów chłonnych |
| | | 257. USG nadgarstka |
| | | 258. USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów |
| | | 259. USG stawów śródreżca i palców |
| | | 260. USG ścięgna Achillesa |
| | | 261. USG układu moczowego + TRUS |
| b) Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni) | | |
| 43. RTG zatok przynosowych | 164. RTG zatok przynosowych | 262. RTG zatok przynosowych |
| 44. RTG czaszki PA + bok | 165. RTG czaszki PA + bok | 263. RTG czaszki PA + bok |
| 45. RTG czaszki oczodoły | 166. RTG czaszki oczodoły | 264. RTG czaszki oczodoły |
| 46. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje) | 167. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje) | 265. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje) |
| 47. RTG klatki piersiowej | 168. RTG klatki piersiowej | 266. RTG klatki piersiowej |
| 48. RTG klatki piersiowej + bok | 169. RTG klatki piersiowej + bok | 267. RTG klatki piersiowej + bok |
| 49. RTG klatki piersiowej bok z barytem | 170. RTG klatki piersiowej bok z barytem | 268. RTG klatki piersiowej bok z barytem |
| 50. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem | 171. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem | 269. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem |
| 51. RTG jamy brzusznej na stojąco | 172. RTG jamy brzusznej na leżąco | 270. RTG jamy brzusznej na leżąco |
| 52. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy | 173. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy | 271. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy |
| 53. RTG kości krzyżowej i guzicznej | 174. RTG kości krzyżowej i guzicznej | 272. RTG kości krzyżowej i guzicznej |
| 54. RTG podudzia (goleni) AP + bok | 175. RTG podudzia (goleni) AP + bok | 273. RTG podudzia (goleni) AP + bok |
| 55. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu | 176. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu | 274. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu |
| 56. RTG uda + podudzia | 177. RTG uda + podudzia | 275. RTG uda + podudzia |
| 57. RTG kości udowej AP + bok lewej | 178. RTG kości udowej AP + bok lewej | 276. RTG kości udowej AP + bok lewej |
| 58. RTG kości udowej AP + bok prawej | 179. RTG kości udowej AP + bok prawej | 277. RTG kości udowej AP + bok prawej |
| 59. RTG barku/ramienia – osiowe | 180. RTG barku/ramienia – osiowe | 278. RTG barku/ramienia – osiowe |
| 60. RTG barku/ramienia – osiowe obu | 181. RTG barku/ramienia – osiowe obu | 279. RTG barku/ramienia – osiowe obu |
| 61. RTG barku/ramienia AP + bok | 182. RTG barku/ramienia AP + bok | 280. RTG barku/ramienia AP + bok |
| 62. RTG barku/ramienia AP + bok obu | 183. RTG barku/ramienia AP + bok obu | 281. RTG barku/ramienia AP + bok obu |
| – zdjęcie porównawcze | – zdjęcie porównawcze | – zdjęcie porównawcze |
| 63. RTG barku/ramienia AP | 184. RTG barku/ramienia AP | 282. RTG barku/ramienia AP |
| 64. RTG barku/ramienia AP obu | 185. RTG barku/ramienia AP obu | 283. RTG barku/ramienia AP obu |
| – zdjęcie porównawcze | – zdjęcie porównawcze | – zdjęcie porównawcze |
| 65. RTG przedramienia AP + bok | 186. RTG przedramienia AP + bok | 284. RTG przedramienia AP + bok |
| 66. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok | 187. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok | 285. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok |
| 67. RTG łokcia/przedramienia AP + bok | 188. RTG łokcia/przedramienia AP + bok | 286. RTG łokcia/przedramienia AP + bok |
| 68. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok | 189. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok | 287. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok |
| 69. RTG ręki bok | 190. RTG ręki bok | 288. RTG ręki bok |
| 70. RTG ręki PA | 191. RTG ręki PA | 289. RTG ręki PA |
| 71. RTG ręki PA obu | 192. RTG ręki PA obu | 290. RTG ręki PA obu |
| 72. RTG palec/palce PA + bok/skos | 193. RTG palec/palce PA + bok/skos | 291. RTG palec/palce PA + bok/skos |
| 73. RTG palec/palce PA + bok/skos obu rąk | 194. RTG palec/palce PA + bok/skos obu rąk | 292. RTG palec/palce PA + bok/skos obu rąk |
| 74. RTG kości łódeczkowatej | 195. RTG kości łódeczkowatej | 293. RTG kości łódeczkowatej |
| 75. RTG stopy AP + bok/skos | 196. RTG stopy AP + bok/skos | 294. RTG stopy AP + bok/skos |
| 76. RTG stopy AP + bok/skos obu | 197. RTG stopy AP + bok/skos obu | 295. RTG stopy AP + bok/skos obu |
| 77. RTG stóp AP (porównawczo) | 198. RTG stóp AP (porównawczo) | 296. RTG stóp AP (porównawczo) |
| 78. RTG kości śródstopia | 199. RTG kości śródstopia | 297. RTG kości śródstopia |
| 79. RTG pięty + osiowe | 200. RTG pięty + osiowe | 298. RTG pięty + osiowe |
| 80. RTG pięty boczne | 201. RTG pięty boczne | 299. RTG pięty boczne |
| 81. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos | 202. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – skosy | 300. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – skosy |
| 82. RTG miednicy i stawów biodrowych | 203. RTG miednicy i stawów biodrowych AP | 301. RTG miednicy i stawów biodrowych AP |
| 83. RTG mostka AP | 204. RTG mostka AP | 302. RTG mostka AP |
| 84. RTG mostka/boczne klatki piersiowej | 205. RTG mostka/boczne klatki piersiowej | 303. RTG mostka/boczne klatki piersiowej |
| 85. RTG żeber | 206. RTG żeber | 304. RTG żeber |
| 86. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach | 207. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach | 305. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach |
| 87. RTG nadgarstka boczne | 208. RTG nadgarstka boczne | 306. RTG nadgarstka boczne |
| 88. RTG nadgarstka boczne – obu | 209. RTG nadgarstka boczne – obu | 307. RTG nadgarstka boczne – obu |
| 89. RTG nadgarstka PA + bok | 210. RTG nadgarstka PA + bok | 308. RTG nadgarstka PA + bok |
| 90. RTG nadgarstka PA + bok obu | 211. RTG nadgarstka PA + bok obu | 309. RTG nadgarstka PA + bok obu |
| 91. RTG ręki PA + skos | 212. RTG ręki PA + skos | 310. RTG ręki PA + skos |
| 92. RTG ręki PA + skos obu | 213. RTG ręki PA + skos obu | 311. RTG ręki PA + skos obu |
| 93. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego | | 312. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|---|---|---|
| 94. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego | 214. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego | 313. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego |
| 95. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos | 215. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego | 314. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos |
| 96. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu | 216. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos | 315. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu |
| 97. RTG rzepki osiowej obu | 217. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu | 316. RTG rzepki osiowej obu |
| 98. RTG rzepki osiowej obu w 2 ustawieniach | 218. RTG rzepki osiowej obu | 317. RTG rzepki osiowej obu w 2 ustawieniach |
| 99. RTG rzepki osiowej obu w 3 ustawieniach | 219. RTG rzepki osiowej obu w 2 ustawieniach | 318. RTG rzepki osiowej obu w 3 ustawieniach |
| 100. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA | 220. RTG rzepki osiowej obu w 3 ustawieniach | 319. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA |
| 101. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy | 221. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA | 320. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy |
| 102. RTG stawu biodrowego AP | 222. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy | 321. RTG stawu biodrowego AP |
| 103. RTG stawu biodrowego AP obu | 223. RTG stawu biodrowego AP | 322. RTG stawu biodrowego AP obu |
| 104. RTG stawu biodrowego osiowej | 224. RTG stawu biodrowego AP obu | 323. RTG stawu biodrowego osiowej |
| 105. RTG stawu kolanowego AP + bok | 225. RTG stawu biodrowego osiowej | 324. RTG stawu kolanowego AP + bok |
| 106. RTG stawu kolanowego AP + bok obu | 226. RTG stawu kolanowego AP + bok | 325. RTG stawu kolanowego AP + bok obu |
| 107. RTG stawu kolanowego boczne | 227. RTG stawu kolanowego AP + bok obu | 326. RTG stawu kolanowego boczne |
| 108. RTG stawu łokciowego | 228. RTG stawu kolanowego boczne | 327. RTG stawu łokciowego |
| 109. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok | 229. RTG stawu łokciowego | 328. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok |
| 110. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu | 230. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok | 329. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu |
| 111. RTG barku (przez klatkę) | 231. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu | 330. RTG barku (przez klatkę) |
| 112. RTG barku AP + osiowej | 232. RTG barku (przez klatkę) | 331. RTG barku AP + osiowej |
| | 233. RTG barku AP + osiowej | 332. RTG czaszki PA + bok + podstawa |
| | 234. RTG czaszki PA + bok + podstawa | 333. RTG czaszki podstawa |
| | 235. RTG czaszki podstawa | 334. RTG czaszki półosiowej wg Orleya |
| | 236. RTG czaszki półosiowej wg Orleya | 335. RTG czaszki siodło tureckie |
| | 237. RTG czaszki siodło tureckie | 336. RTG czaszki styczne |
| | 238. RTG czaszki styczne | 337. RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych |
| | 239. RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych | 338. RTG twarzoczaszki |
| | 240. RTG twarzoczaszki | 339. RTG jamy brzusznej inne |
| | 241. RTG jamy brzusznej inne | 340. RTG jamy brzusznej na stojąco |
| | 242. RTG jamy brzusznej na stojąco | 341. RTG klatki piersiowej inne |
| | 243. RTG klatki piersiowej inne | 342. RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy |
| | 244. RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy | 343. RTG nosa boczne |
| | 245. RTG nosa boczne | 344. RTG kości skroniowych transorbitalne |
| | 246. RTG kości skroniowych transorbitalne | 345. RTG kości skroniowych wg Schullera/ Steversa |
| | 247. RTG kości skroniowych wg Schullera/ Steversa | 346. RTG piramid kości skroniowej transorbitalne |
| | 248. RTG piramid kości skroniowej transorbitalne | 347. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos |
| | 249. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos | 348. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok |
| | 250. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok | 349. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos |
| | 251. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos | 350. RTG kręgosłupa lędźwiowego – bok |
| | 252. RTG kręgosłupa lędźwiowego – bok | 351. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok |
| | 253. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok | 352. RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego |
| | 254. RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego | 353. RTG kręgosłupa piersiowego |
| | 255. RTG kręgosłupa piersiowego | 354. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok |
| | 256. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok | 355. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos |
| | 257. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos | 356. RTG kręgosłupa piersiowego – bok |
| | 258. RTG kręgosłupa piersiowego – bok | 357. RTG kręgosłupa piersiowego – skosy |
| | 259. RTG kręgosłupa piersiowego – skosy | 358. RTG kręgosłupa szyjnego |
| | 260. RTG kręgosłupa szyjnego | 359. RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok |
| | 261. RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok | 360. RTG kręgosłupa szyjnego – bok |
| | 262. RTG kręgosłupa szyjnego – bok | 361. RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje) |
| | 263. RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje) | 362. RTG kręgosłupa szyjnego – skosy |
| | 264. RTG kręgosłupa szyjnego – skosy | 363. RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego |
| | 265. RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego | 364. RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego |
| | 266. RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego | 365. RTG kręgosłupa w pozycji stojącej |
| | 267. RTG kręgosłupa w pozycji stojącej | 366. RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza) |
| | 268. RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza) | 367. RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza) |
| | 269. RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza) | 368. RTG topatki |
| | 270. RTG topatki | 369. RTG żuchwy |
| | 271. RTG żuchwy | 370. RTG nosogardła |
| | 272. RTG nosogardła | 371. RTG obojczyka |
| | 273. RTG obojczyka | 372. Mammografia |
| | 274. Mammografia | 373. Mammografia – zdjęcie celowane |
| | 275. Mammografia – zdjęcie celowane | 374. RTG klatki piersiowej – RTG tomograf |
| | | 375. RTG czynnościowe stawów skroniowo-żuchwowych |
| | | 376. Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi) |
| | | 377. Densytometria kręgosłupa lędźwiowego (ocena kości bełeczkowej) – screening |
| | | 378. Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening |
| | | 379. Densytometria szyjka kości udowej – advanced hip assessment (AHA) |
| | | 380. Densytometria obie szyjki kości udowej – advanced hip assessment (AHA) |
| | | 381. Densytometria kręgosłupa lędźwiowego + szyjka kości udowej (AHA) |
| | | 382. Densytometria kręgosłupa lędźwiowego + 2 szyjki kości udowej (AHA) |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|--|---|--|
| c) Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi (Standardowe środki kontrastowe – środki powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski) | | |
| | 276. TK – Tomografia komputerowa głowy | 383. TK – Tomografia komputerowa głowy 384. TK – Tomografia komputerowa głowy (2 fazy) 385. TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki 386. TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej 387. TK – Tomografia komputerowa oczodołów 388. TK – Tomografia komputerowa zatok 389. TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych 390. TK – Tomografia komputerowa szyi 391. TK – Tomografia komputerowa krtani 392. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej 393. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (2 fazy) 394. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT) 395. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej 396. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (2 fazy) 397. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (3 fazy) 398. TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej 399. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej + miednicy 400. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej + jamy brzusznej 401. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej + jamy brzusznej + miednicy mniejszej 402. TK – Tomografia komputerowa szyi + klatki piersiowej + jamy brzusznej + miednicy mniejszej 403. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego 404. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego 405. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego 406. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego 407. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego 408. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego 409. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego 410. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego 411. TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego 412. TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego 413. TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego 414. TK – Tomografia komputerowa nadgarstka 415. TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego 416. TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego 417. TK – Tomografia komputerowa stopy 418. TK – Tomografia komputerowa uda 419. TK – Tomografia komputerowa podudzia 420. TK – Tomografia komputerowa ramienia 421. TK – Tomografia komputerowa przedramienia 422. TK – Tomografia komputerowa ręki |
| d) Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi (Standardowe środki kontrastowe – środki powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski) | | |
| | 277. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy głowy 278. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy | 423. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy głowy 424. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy 425. MR – rezonans magnetyczny wysokopolowy + angio głowy 426. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy + angio 427. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy twarzoczaszki 428. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy szyi 429. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy szyi |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|--|---|---|
| | | 430. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy nadnerczy |
| | | 431. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej |
| | | 432. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy miednicy mniejszej |
| | | 433. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej i miednicy mniejszej |
| | | 434. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy klatki piersiowej |
| | | 435. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa lędźwiowego |
| | | 436. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa lędźwiowego |
| | | 437. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa piersiowego |
| | | 438. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa piersiowego |
| | | 439. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa szyjnego |
| | | 440. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa szyjnego |
| | | 441. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa krzyżowego |
| | | 442. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy oczodołów |
| | | 443. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy zatok |
| | | 444. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przysadki |
| | | 445. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy krtani |
| | | 446. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu barkowego |
| | | 447. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu barkowego |
| | | 448. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu łokciowego |
| | | 449. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu łokciowego |
| | | 450. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu kolanowego |
| | | 451. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu kolanowego |
| | | 452. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy nadgarstka |
| | | 453. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy nadgarstka |
| | | 454. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu skokowego |
| | | 455. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu skokowego |
| | | 456. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu biodrowego |
| | | 457. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu biodrowego |
| | | 458. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawów krzyżowo- -biodrowych |
| | | 459. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stopy |
| | | 460. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stopy |
| | | 461. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny dolnej |
| | | 462. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy podudzia |
| | | 463. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy uda |
| | | 464. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny górnej |
| | | 465. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przedramienia |
| | | 466. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ramienia |
| | | 467. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ręki |
| e) Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych | | |
| | 279. Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej | 468. Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej |
| | 280. Anoskopia | 469. Anoskopia |
| | 281. Gastroskopia (test ureazowy opcjonalnie) | 470. Gastroskopia (test ureazowy opcjonalnie) |
| | | 471. Kolonoskopia |
| | | 472. Sigmoidoskopia |
| | | 473. Rektoskopia |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|---|---|---|
| C. DIAGNOSTYKA CZYNNOŚCIOWA (Standardowe badanie – badanie powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski) | | |
| a) Badania elektrokardiograficzne | | |
| 113. Badanie EKG spoczynkowe | 282. Badanie EKG spoczynkowe 283. EKG standardowa próba wysiłkowa | 474. Badanie EKG spoczynkowe 475. EKG standardowa próba wysiłkowa 476. Złożenie Holtera EKG w gabinecie 477. Złożenie Holtera RR (ciśnienie krwi) w gabinecie |
| b) Inne badania czynnościowe | | |
| 114. Audiometr standardowy 115. Spirometria bez leku | 284. Audiometr standardowy 285. Spirometria bez leku | 478. Audiometr standardowy 479. Spirometria bez leku 480. Spirometria – próba rozkurczowa 481. Badanie uroflowmetryczne 482. EEG standardowe w czuwaniu |
| D. BADANIA OKULISTYCZNE | | |
| | | 483. Komputerowe badanie pola widzenia 484. Badanie adaptacji do ciemności 485. Pachymetria |
| E. TESTY ALERGICZNE | | |
| | 286. Konsultacja alergologa 287. Testy alergiczne skórne – 1 punkt 288. Testy alergiczne skórne – panel wziewny 289. Testy alergiczne skórne – panel pokarmowy | 486. Konsultacja alergologa 487. Testy alergiczne skórne – 1 punkt 488. Testy alergiczne skórne – panel wziewny 489. Testy alergiczne skórne – panel pokarmowy 490. Testy płatkowe/kontaktowe – panel podstawowy 491. Testy płatkowe/kontaktowe – panel owrzodzenia podudzi |
| V. PANEL BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH BEZ SKIEROWANIA | | |
| Usługa dostępna dla Ubezpieczonych, którzy ukończyli 18 rok życia i realizowana wyłącznie we własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinną). Usługa obejmuje jednorazowe wykonanie w ciągu 12 miesięcy obowiązywania Umowy Dodatkowej, bez skierowania lekarza wymienionego panelu badań diagnostycznych. | | |
| 1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.) | 1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.) | 1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.) |
| VI. PROWADZENIE CIĄŻY | | |
| Usługa obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez lekarza we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinną) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED, zgodnie ze standardami Grupy LUX MED i składa się z: czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu. Usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Ww. zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i zakresu ubezpieczenia, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży Ubezpieczonej, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem ubezpieczenia. | | |
| A. BADANIA PODSTAWOWE | | |
| 1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kłody podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa cytologia szyjki macicy | 1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kłody podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa cytologia szyjki macicy | 1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kłody podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa cytologia szyjki macicy |
| B. BADANIA ROZSZERZONE | | |
| | 8. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie 9. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach 10. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przegldowe 11. Estriol wolny 12. HBs Ab/przeciwciała 13. HCV Ab/przeciwciała 14. HIV I /HIV II 15. P/ciała odpornościowe przegldowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 16. Różyczka IgG 17. Różyczka IgM | 8. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie 9. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach 10. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przegldowe 11. Estriol wolny 12. HBs Ab/przeciwciała 13. HCV Ab/przeciwciała 14. HIV I /HIV II 15. P/ciała odpornościowe przegldowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 16. Różyczka IgG 17. Różyczka IgM |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|--------------------|---|---|
| | 18. Toksoplazmoza IgG 19. Toksoplazmoza IgM 20. Total Beta-hCG 21. Wymaz z odbytu posiew w kierunku paciorkowca hem. z gr. B (GBS) 22. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 23. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 24. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 25. USG ciąży 26. USG ciąży transwaginalne 27. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 28. USG ginekologiczne transwaginalne | 18. Toksoplazmoza IgG 19. Toksoplazmoza IgM 20. Total Beta-hCG 21. Wymaz z odbytu posiew w kierunku paciorkowca hem. z gr. B (GBS) 22. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 23. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 24. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 25. USG ciąży 26. USG ciąży transwaginalne 27. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 28. USG ginekologiczne transwaginalne |

VII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA – WARIANT DLA KOBIET

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć Ubezpieczonego, obejmujący zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 roku życia. Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami).

Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której Ubezpieczeni uzyskują zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Program realizowany we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Aby umówić się na realizację programu, należy zgłosić ten fakt telefonicznie, dzwoniąc pod numer Call Center Grupy LUX MED 22 33 22 880.

A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

| | |
|--|---|
| 1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja ginekologiczna 3. Konsultacja okulistyczna | 1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja ginekologiczna 3. Konsultacja okulistyczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową |
|--|---|

B. BADANIA LABORATORYJNE

| | |
|--|--|
| 4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. Glukoza na czczo 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwciała | 6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. Glukoza na czczo 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwciała 14. Transaminaza GPT/ALT 15. Transaminaza GOT/AST 16. Kreatynina 17. Kwas moczowy 18. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 19. T3 Wolne 20. T4 Wolne 21. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) |
|--|--|

C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE

(Badanie standardowe – badanie powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski)

| | |
|---|---|
| 12. Standardowa cytologia szyjki macicy 13. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne 14. Mammografia po 40 r.ż. 15. RTG klatki piersiowej PA 16. Badanie EKG – spoczynkowe 17. USG piersi – kobiety do 40 r.ż. 18. USG jamy brzusznej | 22. Standardowa cytologia szyjki macicy 23. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne 24. Mammografia po 40 r.ż. 25. RTG klatki piersiowej PA 26. Badanie EKG – spoczynkowe 27. USG piersi – kobiety do 40 r.ż. 28. USG jamy brzusznej 29. USG tarczycy 30. Echokardiografia – USG serca |
|---|---|

D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 19. Konsultacja internistyczna | 31. Konsultacja internistyczna |
|--------------------------------|--------------------------------|

VIII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA – WARIANT DLA MĘŻCZYŹN

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć Ubezpieczonego, obejmujący zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 roku życia. Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami).

Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której Ubezpieczeni uzyskują zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Program realizowany we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Aby umówić się na realizację programu, należy zgłosić ten fakt telefonicznie, dzwoniąc pod numer Call Center Grupy LUX MED 22 33 22 880.

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|--|---|---|
| A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE | | |
| | 1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna | 1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową |
| B. BADANIA LABORATORYJNE | | |
| | 4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA) 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwiata 12. Glukoza na czczo | 6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwiata 14. Glukoza na czczo 15. Transaminaza GPT/ALT 16. Transaminaza GOT/AST 17. Kreatynina 18. Kwas moczowy 19. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 20. T3 Wolne 21. T4 Wolne 22. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) |
| C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE | | |
| | 13. RTG klatki piersiowej PA 14. USG jamy brzusznej 15. Badanie EKG – spoczynkowe | 23. RTG klatki piersiowej PA 24. USG jamy brzusznej 25. Badanie EKG – spoczynkowe 26. USG transrektalne prostaty 27. USG tarczycy 28. USG jąder 29. Echokardiografia – USG serca |
| D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD | | |
| | 16. Konsultacja internistyczna | 30. Konsultacja internistyczna |
| IX. KONSyliUM MEDYCZNE | | |
| <p>Usługa obejmuje zorganizowanie dla Ubezpieczonego na terenie Polski konsylium medycznego złożonego z wybitnych przedstawicieli medycyny polskiej. Usługa dostępna wyłącznie z powodu skomplikowanych przypadków medycznych, a jej celem (o ile to możliwe) będzie ustalenie dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla Ubezpieczonego. Honoraria uczestników Konsylium pokrywa Ubezpieczony z 30% rabatem.</p> | | |
| | | 1. Konsylium medyczne |
| X. STOMATOLOGIA | | |
| <p>Usługi są wykonywane bezpłatnie we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), stomatologiczne badania rentgenowskie wykonywane na podstawie skierowania od lekarza z ww. przychodni, wynik badania sporządzany na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni.</p> | | |
| A. PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA WYKONYWANA WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ | | |
| | 1. Usunięcie złogów naddziąstowych/scaling | 1. Usunięcie złogów naddziąstowych/scaling 2. Usuwanie osadu – piaskowanie zębów 3. Polerowanie zębów 4. Fluoryzacja zębów kontaktowa 5. Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową 6. Lakierowanie zębów |
| B. STOMATOLOGICZNE BADANIA RENTGENOWSKIE WYKONYWANE WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ | | |
| | 1. RTG zęba | 1. RTG zęba 2. Pantomogram jamy ustnej (RTG) |
| C. DOSTĘP DO OGÓLNOPOLSKIEJ SIECI STOMATOLOGICZNEJ (Bezpłatny przegląd oraz rabaty na usługi stomatologiczne) | | |
| <p>Usługa realizowana w sieci przychodni Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). W ramach usługi Ubezpieczonemu przysługuje bezpłatny dostęp do następujących usług:</p> <ul style="list-style-type: none"> – przegląd stomatologiczny – jednorazowo (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia), w zakres którego wchodzi ocena stanu uzębienia i higieny jamy ustnej, – okresowa konsultacja specjalistyczna (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia); konsultacja obejmuje wywiad, poradę specjalisty oraz plan leczenia bez zabiegów w zakresie stomatologii zachowawczej, periodontologii, protetyki stomatologicznej, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej oraz implantologii. <p>Rabat udzielany od cennika ww. przychodni w wysokości:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) wybielanie zębów – rabat 20%, b) profilaktyka stomatologiczna, stomatologia zachowawcza, stomatologia estetyczna, endodoncja, chirurgia stomatologiczna – rabat 15%, c) protetyka, implantologia, periodontologia, ortodoncja – rabat 10%. | | |

| WARIANT PODSTAWOWY | WARIANT ROZSZERZONY | WARIANT PLATYNOWY |
|--|---|---|
| XI. REHABILITACJA | | |
| 20% rabat na usługi z zakresu fizjoterapii wykonywane wyłącznie we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) | | |
| XII. SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE I TĘŻCOWI | | |
| Usługa obejmuje szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyną przeciwżółciwą). Usługa składa się z: – konsultacji lekarskiej przed szczepieniem, – szczepionki (preparat), – wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji. Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi realizowane są w ambulatoryjnych placówkach medycznych. | | |
| XIII. REFUNDACJA „SWOBODA LECZENIA” | | |
| 70% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy | 70% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy | 90% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy |

Podstawowe pojęcia

Refundacja „Swoboda leczenia” (dalej refundacja) to zwrot części poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów usług zdrowotnych, zakupionych jako pojedyncze świadczenie, zgodnie z zasadami opisanymi poniżej.

Przez **placówkę leczniczą** rozumiemy jednostkę organizacyjną przedsiębiorstwa leczniczego, która jest uprawniona do świadczenia usług zdrowotnych i działa na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

Prawo do refundacji

Ubezpieczony może skorzystać z refundacji:

- wyłącznie za usługi zdrowotne wskazane w Wykazie Usług Medycznych pkt I- VIII dla posiadanego wariantu ubezpieczenia, wykonane w placówce leczniczej w warunkach ambulatoryjnych,
- tylko w okresie posiadania dostępu do usług zdrowotnych (okres ten wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia),
- maksymalnie do wysokości kwotowego limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym oraz procentu kosztów podlegających refundacji dla posiadanego wariantu ubezpieczenia,
- po złożeniu wniosku o refundację oraz udokumentowaniu poniesionych kosztów,
- z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności wynikających z umowy ubezpieczenia.

Dokumentowanie poniesionych kosztów:

1. Ubezpieczony pokrywa koszty usługi zdrowotnej bezpośrednio w placówce leczniczej, w której ją wykonał, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej placówce oraz pobiera potwierdzenie wykonania usługi.
2. Potwierdzenie wykonania usługi powinno zawierać:
 - dane Ubezpieczonego, na rzecz którego zostały wykonane usługi zdrowotne (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku usług wykonywanych na rzecz małoletniego dziecka Ubezpieczonego potwierdzenie wykonania usługi powinno zostać wystawione na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem imienia i nazwiska dziecka,
 - wykaz wykonanych usług zdrowotnych lub szczegółowa specyfikacja wystawione przez placówkę leczniczą wykonującą te świadczenia,
 - liczbę zrealizowanych usług zdrowotnych danego rodzaju,
 - datę wykonania usługi zdrowotnej,
 - cenę jednostkową zrealizowanej usługi zdrowotnej.
3. Jeśli skierowanie na usługi medyczne nie było wystawione w placówce LUX MED, Ubezpieczony powinien dołączyć jego kopię do wniosku o refundację. W przypadku braku kopii skierowania potwierdzeniem może być również kopia dokumentacji medycznej, która zawiera odpowiednią adnotację o wystawieniu tego skierowania.
4. Refundacja nie zostanie dokonana w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie zrealizowanych usług zdrowotnych oraz osoby, na rzecz której zostało świadczenie wykonane, lub gdy zostaną przesłane do LUX MED później niż 3 miesiące od daty wykonania usługi.

Rozliczenie refundacji

1. Okresy, w których przysługuje refundacja liczone są kalendarzowo i występują w ciągu roku w 4 kwartałach, tj. styczeń-marzec, kwiecień-czerwiec, lipiec-wrzesień, październik-grudzień.
2. Usługi zdrowotne, które zostały zrefundowane, zaliczane są do kwoty limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym na podstawie daty ich wykonania.
3. Limit kwotowy refundacji, który nie został wykorzystany w danym kwartale, nie przechodzi na kwartał następny.
4. W przypadku, gdy potwierdzenie wykonania usługi zdrowotnej nie daje podstawy do ustalenia wysokości poniesionych kosztów usługi zdrowotnej lub osoby, na rzecz której wykonano usługę, LUX MED ma prawo uzależnić dokonanie refundacji od dostarczenia przez Ubezpieczonego dodatkowych dokumentów dotyczących usługi objętej wnioskiem o refundację, które pozwolą ustalić tę podstawę. W tym celu Ubezpieczony może upoważnić LUX MED do wystąpienia do placówki leczniczej, która zrealizowała usługę zdrowotną, o udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie usługi objętej wnioskiem o refundację lub – w przypadku braku upoważnienia – dostarcza sam kopię tej dokumentacji.
5. W przypadku braku wyrażenia zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej wykonanej usługi zdrowotnej lub braku przedłożenia tej dokumentacji samodzielnie przez Ubezpieczonego, jak również w przypadku stwierdzenia braku podstaw do dokonania refundacji, LUX MED ma prawo odmowy dokonania refundacji odpowiednio w całości albo w części, o czym poinformuje pisemnie Ubezpieczonego wnioskującego o refundację.
6. Jeżeli koszt usługi zdrowotnej rażąco (tj. o ponad 50%) przewyższa cenę świadczenia określoną w cenniku LUX MED, LUX MED ma prawo obniżyć kwotę refundacji do najwyższej wysokości ceny tego świadczenia w Cenniku LUX MED, chyba że Ubezpieczony dostarczy dokumentację medyczną uzasadniającą wysokość poniesionych kosztów. Jako cennik LUX MED rozumiemy cennik obowiązujący w najbliższej zlokalizowanej przychodni LUX MED w stosunku do placówki leczniczej świadczącej usługę zdrowotną w dniu wykonania usługi, która posiada w swoim zakresie świadczeń usługi zdrowotne zrealizowane na rzecz Ubezpieczonego. Aktualny cennik dostępny na stronie www.luxmed.pl.

Wypłata z tytułu refundacji

Wniosek o refundację wraz z kompletem dokumentów należy przelać na adres:

LUX MED Sp. z o.o.

ul. Łżecka 24 F, 02-135 Warszawa

Z dopiskiem: Refundacja

W przypadku otrzymania tego wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej LUX MED poinformuje osobę, która złożyła wniosek o refundację, o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki w tym wniosku.

LUX MED dokona refundacji na wskazany we wniosku o refundację numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego wniosku.

Wniosek o refundację znajdziesz na www.allianz.pl

XIV. E-KONSULTACJE MEDYCZNE

Możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, tj. Portalu Pacjenta LUX MED.

Usługa obejmuje e-konsultacje medyczne w zakresie:

- interny/medycyny rodzinnej (od 18 roku życia),
- pediatrii (do 18 roku życia),
- pielęgniarstwa pediatrycznego,
- położnictwa

Z e-konsultacji medycznych mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy założą konto na Portalu Pacjenta na stronie www.portalpacjenta.luxmed.pl.

Dostępność czasowa e-konsultacji z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i jest widoczna w zakładce CZAT. Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.

Specjaliści medyczni, którzy odpowiadają na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. E-konsultacja medyczna jest udzielana wyłącznie po zalogowaniu do Portalu Pacjenta, a treść e-konsultacji jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

W zakres e-konsultacji wchodzi wymienione porady specjalistów medycznych, które nie wymagają osobistego kontaktu ze specjalistą.

E-konsultacja medyczna ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie e-konsultacji może odmówić zdalnej porady i skierować Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas e-konsultacji medycznej nie są wystawiane recepty ani skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące.

XV. KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

Usługa polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu przez Zespół Koordynatorów Opieki Szpitalnej, pomocy w zakresie skoordynowania na jego rzecz planowej Hospitalizacji, w sytuacji gdy otrzyma on skierowania do szpitala na zabieg planowany (w tym na planowany poród).

Na wyraźne oświadczenie woli Ubezpieczonego co do chęci skorzystania przez niego z jednej lub wybranych usług koordynacji hospitalizacji, Koordynator Opieki Szpitalnej udziela mu wsparcia w następującym zakresie:

- przedstawia propozycję Hospitalizacji (sugerowane placówki szpitalne, w których Ubezpieczony może skorzystać z Hospitalizacji)
- umawia pobyt Ubezpieczonego w wybranej przez niego placówce szpitalnej,
- udziela pomocy przy umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji,
- monitoruje realizację badań i konsultacji wykonywanych przez Ubezpieczonego,
- koordynuje obieg dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem,
- przekazuje informacje o bieżącym statusie realizacji szpitalnych procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym,
- umawia Ubezpieczonego na wizytę kontrolną po Hospitalizacji,
- umawia Ubezpieczonego na badania lub zabiegi rehabilitacyjne po Hospitalizacji zgodnie z zaleceniami Lekarza,
- organizuje Ubezpieczonemu Transport Medyczny, w przypadku gdy wynika on ze wskazań medycznych, zalecanych przez Lekarza.

Wskazane powyżej usługi pomocy w zakresie koordynacji opieki szpitalnej realizowane są wyłącznie w Szpitalach własnych LUX MED lub Szpitalach współpracujących z LUX MED, których aktualna lista znajduje się na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia/oferta-/koordynacja-opieki-szpitalnej-dla-klienta-indywidualnego-i-korporacyjnego.

Usługa Koordynacji Opieki Szpitalnej nie obejmuje kosztów usług zdrowotnych zorganizowanych przez Koordynatora, a zaakceptowanych przez Ubezpieczonego i wykonanych na jego rzecz w związku z Hospitalizacją – takich jak w szczególności:

- badań i konsultacji lekarskich w trakcie kwalifikacji do Hospitalizacji;
 - świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu w trakcie Hospitalizacji;
 - kontrolnych konsultacji lekarskich, badań kontrolnych i zabiegów rehabilitacyjnych udzielanych Ubezpieczonemu po Hospitalizacji;
 - kosztów korzystania przez Ubezpieczonego z Transportu Medycznego,
- do pokrycia tych kosztów zobowiązany jest Ubezpieczony z własnych środków.

Szczegółowe informacje dotyczące sposobu korzystania przez Ubezpieczonego z pomocy Koordynatora Opieki Szpitalnej oraz definicje pojęć zapisanych wielką literą znajdują się w „Regulaminie korzystania z usługi Koordynacja Opieki Szpitalnej. W Regulaminie Ubezpieczony określany jest jako Pacjent.

XVI. INNE ŚWIADCZENIA

10% rabat na usługi ambulatoryjne, które nie są objęte zakresem w ramach umowy Ubezpieczenia realizowane w przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat jest naliczany od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabaty się nie sumują.

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu TU Allianz Życie S.A. nr 120/2023 i ma zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 20 stycznia 2024 roku. do ubezpieczenia Twoje Życie oraz Twój Plan oraz umów dodatkowych zawieranych na kolejny okres z informacją zawartą w pakietach rocznicowych wysyłanych poczynszy od 20 stycznia 2024 r. do ubezpieczenia Twoje Życie oraz Twój Plan.

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDI-ASSISTANCE NR MED/ASS/4/2024

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|--|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 11 |

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDI-ASSISTANCE NR MED/ASS/4/2024

DEFINICJE

KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)

Umowa ubezpieczenia została zawarta na rzecz Uczestników i łączy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (my) – jako Ubezpieczyciela z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. – jako Ubezpieczającym. Zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej Uczestnikom reguluje ten dokument, czyli Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance nr MED/ASS/4/2024 (dalej: OWU).

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ (DEFINICJE)

- Akt terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
- Choroba przewlekła** – stan chorobowy, który został zdiagnozowany u Uczestnika przed objęciem po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia i charakteryzuje się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, albo choroba, która w ciągu 12 miesięcy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia była stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub była przyczyną co najmniej 24-godzinnej Hospitalizacji
- Dokument uczestnictwa** – dokument, w którym potwierdzamy, że objęliśmy daną osobę ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia
- Hospitalizacja** – pobyt Uczestnika w Szpitalu, trwający co najmniej 72 godziny, który nastąpił na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku
- Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Uczestnika związane z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant
- Miejsce zamieszkania** – adres zamieszkania Uczestnika w Polsce, który Uczestnik wskazuje przed Przystąpieniem do ubezpieczenia
- Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy, który powstał nagle w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i zagraża życiu lub zdrowiu Uczestnika
- Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - 1) jest nagłe i nie zależy od woli Uczestnika,
 - 2) zostało wywołane bezpośrednio i wyjątkowo przez Przyczynę zewnętrzną,
 - 3) wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Uczestnik jest objęty ochroną ubezpieczeniową, na podstawie niniejszego dokumentu
- Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, które działają na terytorium Polski na podstawie przepisów prawa, w ramach systemu publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej
- Przyczyna zewnętrzna** – czynnik zewnętrzny wobec organizmu, który stanowi wyjątkowy powód powstania obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, polegający na oddziaływaniu na organizm:
 - 1) energii kinetycznej, która powoduje obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
 - 2) energii termicznej oraz elektrycznej, które powodują obrażenia w postaci oparzeń;
 - 3) czynników chemicznych, które powodują obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
 - 4) czynników akustycznych, które powodują obrażenia w postaci urazów akustycznych.
- Przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie Uczestnika ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, które potwierdzamy Dokumentem uczestnictwa
- Rezygnacja** – złożenie przez Uczestnika Ubezpieczającemu lub nam pisemnego oświadczenia woli o Rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia. Uczestnik może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w dowolnym momencie
- Sporty wysokiego ryzyka** – sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, szybownictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, heliskiing, heliboarding, uczestniczenia w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (pustynia, góry powyżej 4000 m n.p.m., busz, Antarktyda albo Arktyka (poza granicą wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), dżungla i tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego), downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skałna, skatkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach lub desce snowboardowej, jazda poza wyznaczonymi trasami, zjazdy ekstremalne, kajakarstwo górskie, rafting.
- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia choremu samodzielne funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wataki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kotnierze, rowerek rehabilitacyjny, watek, półwatek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
- Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - 1) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia – dzięki pracy zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – lub
 - 2) wykonuje zabiegi chirurgii jednego dnia – co najmniej w zakresie, który dotyczy postępowania medycznego.Szpitalem nie jest: dom pomocy społecznej, dom opieki, ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny ani wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego – w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny.
- Świadczenie assistance** – świadczenie ubezpieczeniowe w postaci:
 - 1) usługi opiekuńczej, którą zorganizujemy i pokryjemy jej koszt,
 - 2) kwoty, którą wypłacamy Uczestnikowi, gdy wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, a Uczestnik we własnym zakresie zorganizuje i opłaci usługę opiekuńczą
- Transport medyczny** – transport, który zapewniamy Uczestnikowi, o ile jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego i który jest dostosowany do stanu zdrowia Uczestnika. Transportem medycznym nie jest dojazd do poradni rehabilitacyjnej.
- Ubezpieczający** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4B, (00-189) Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000002561.
- Ubezpieczyciel (my)** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 0000189340, NIP 1070000164, REGON 01564769, o kapitale zakładowym spółki macierzystej 18 510 562,50 EUR, wpłaconym w całości, na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
- Uczestnik** – osoba fizyczna, która:
 - 1) jest osobą ubezpieczoną w Umowie podstawowej i
 - 2) wyraziła zgodę na Przystąpienie do ubezpieczenia
- Umowa podstawowa** – indywidualna umowa ubezpieczenia, która została zawarta z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. na rzecz Uczestnika, na podstawie:
 - 1) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądz Zdrow”,
 - 2) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet JA,
 - 3) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet MY,
 - 4) Ogólnych warunków ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym,

- 5) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Medi-service, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Nowa Perspektywa,
 - 6) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Nowa Perspektywa,
 - 7) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Twoje Życie albo Twój Plan.
24. **Umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance zawarta na rzecz Uczestników, która łączy nas z Ubezpieczającym.
25. **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu, które polega na udziale:
- 1) w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji);
 - 2) we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym);
 - 3) które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków;
26. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Nagłe zachorowanie, Nieszczęśliwy wypadek lub Hospitalizacja Uczestnika, które wystąpiły w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Uczestnika.
2. Ubezpieczenie obejmuje Świadczenie assistance, które realizujemy, gdy w Okresie ochrony ubezpieczeniowej zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.
3. Rodzaje świadczeń, zasady ich organizacji oraz limity, które dotyczą poszczególnych Świadczeń assistance w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej, podajemy w Tabeli Świadczeń Assistance:

Tabela Świadczeń Assistance

Część I

Świadczenia assistance w przypadku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Uczestnika

| Lp. | Zdarzenie ubezpieczeniowe | Świadczenie assistance | Opis | Limity kwotowe na Zdarzenie ubezpieczeniowe | Limity w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej |
|--|--|---|---|---|--|
| 1 | Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek | Wizyta lekarska | Jeśli Uczestnik będzie potrzebował wizyty lekarskiej, to: 1) zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty lekarskiej Uczestnika w Placówce medycznej albo 2) zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdów lekarza do Miejsca zamieszkania i sfinansujemy honorarium lekarza, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego | – | 3 wizyty |
| 2 | | Transport medyczny do Placówki medycznej | Jeśli Uczestnik wymaga pobytu w Placówce medycznej na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego z Miejsca zamieszkania do Placówki medycznej. | 1000,00 zł brutto | – |
| 3 | | Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi | Jeśli Uczestnik przebywa w Placówce medycznej, ale: 1) nie odpowiada ona wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub 2) jest skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego pomiędzy Placówkami medycznymi. | | |
| 4 | | Transport medyczny z Placówki medycznej | Jeśli Uczestnik może opuścić Placówkę medyczną, w której przebywał, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania. | | |
| Lekarz Ubezpieczyciela na podstawie informacji od Lekarza prowadzącego wskaże rodzaj Transportu medycznego, który jest odpowiedni do stanu zdrowia Uczestnika. | | | | | |
| 5 | | Rehabilitacja | Jeśli Uczestnik wymaga rehabilitacji na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego, to: 1) zorganizujemy i pokryjemy koszt wizyty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania albo 2) zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty Uczestnika w poradni rehabilitacyjnej (wraz z kosztami dojazdu i zabiegów rehabilitacyjnych) | 1000,00 zł brutto | 3 Zdarzenia ubezpieczeniowe |
| 6 | | Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego | Jeśli Uczestnik otrzyma od Lekarza prowadzącego pisemne zalecenie używania w domu Sprzętu rehabilitacyjnego, to zorganizujemy wypożyczenie albo zakup takiego sprzętu. | 500,00 zł brutto | 3 Zdarzenia ubezpieczeniowe |
| 7 | | Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego | Jeśli Uczestnik otrzyma od Lekarza prowadzącego pisemne zalecenie używania w domu Sprzętu rehabilitacyjnego, to dostarczymy Uczestnikowi Sprzęt rehabilitacyjny do Miejsca zamieszkania. | 500,00 zł brutto | 3 Zdarzenia ubezpieczeniowe |

Część II

Świadczenie assistance w przypadku Hospitalizacji Uczestnika

| | | | | | |
|---|----------------|---|---|-------------------|---|
| 8 | Hospitalizacja | Wizyta w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika | Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – na czas Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: <ul style="list-style-type: none">• transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Szpitala oraz transport powrotny,• pobyt w hotelu przyszpitalnym lub w razie jego braku – w innym dostępnym hotelu trzygwiazdkowym najbliższym Szpitala. | 1000,00 zł brutto | – |
| 9 | | Wizyta w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika | Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – po zakończeniu Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: <ul style="list-style-type: none">• transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Miejsca zamieszkania oraz transport powrotny,• pobyt w najbliższym miejscu zamieszkania hotelu trzygwiazdkowym, w okresie do 14 dni od zakończenia Hospitalizacji. | 1000,00 zł brutto | – |

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony.

ART. 4 JAK PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA

1. Przystąpienie do ubezpieczenia odbywa się na podstawie zgody, którą osoba ubezpieczona wyraża we wniosku o zawarcie Umowy podstawowej.
2. Za zgodę na Przystąpienie do ubezpieczenia uznajemy także udzielone uprzednio zgody na przystąpienie do umów grupowego ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków: „Program Mediservice”, „Pomoc medyczna i domowa dla mnie i mojej rodziny”, „Pomoc medyczna i domowa dla mnie”, „Program Assistance”, „Pomocnik domowy”, „Assistance medyczny i domowy”.
3. Objęcie danej osoby ochroną ubezpieczeniową (jako Uczestnika) potwierdzamy, doręczając Dokument uczestnictwa.

ART. 5 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - 1) 1. dnia miesiąca kalendarzowego, który następuje po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej, o ile data ta przypada w okresie od 1. do 20. dnia miesiąca kalendarzowego, albo
 - 2) 1. dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej, o ile data ta przypada w okresie od 21. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
2. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumentie uczestnictwa.
3. Okres ochrony ubezpieczeniowej wynosi 12 miesięcy i jest przedłużany na kolejne okresy 12-miesięczne, o ile:
 - 1) ochrona nie skończyła się przed upływem bieżącego okresu ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - 2) Ubezpieczający lub Uczestnik nie postanowią inaczej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy ubezpieczenia kończy się:
 - 1) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej,
 - 2) z dniem przekształcenia Umowy podstawowej w umowę ubezpieczenia bezskładkowego – dotyczy Umowy podstawowej ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym,
 - 3) z ostatnim dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) 30. dnia, licząc od dnia, w którym Uczestnik złożył Rezygnację,
 - 5) gdy wygaśnięcie lub zostanie rozwiązana Umowa ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu, za jaki Ubezpieczający opłacił składkę ubezpieczeniową,
 - 6) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia,
 - 7) w chwili śmierci Uczestnika.
5. Dostęp do Świadczeń assistance nie przysługuje w Okresie ochrony ubezpieczeniowej, jeśli składki ubezpieczeniowe z tytułu Umowy podstawowej nie są terminowo opłacane. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana terminowo, jeżeli kwota zaległości nie przekracza

miesięcznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach tej Umowy podstawowej. Zasada ta dotyczy Umowy podstawowej ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, ubezpieczenia Pakiet JA, ubezpieczenia Pakiet MY, ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym. W przypadku Umowy podstawowej ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym, składki ubezpieczeniowe z jej tytułu nie są terminowo opłacane także wtedy, gdy jest ona przekształcona w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

ART. 6 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

1. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia przekazujemy Ubezpieczającemu OWU oraz inne dokumenty, których wymaga prawo.
2. Jeśli wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, to zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń assistance, które wymieniamy w Tabeli Świadczeń Assistance.

ART. 7 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać osobie zainteresowanej objęciem ochroną ubezpieczeniową: OWU oraz inne dokumenty, które otrzymuje od nas – przed Przystąpieniem Uczestnika do ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować nas o Przystąpieniu do ubezpieczenia w trybie uzgodnionym w Umowie ubezpieczenia.

ART. 8 ILE KOSZTUJE OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez Ubezpieczającego i została określona w Umowie ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

ART. 9 KIEDY UBEZPIECZAJĄCY MOŻE WYPOWIEDZIEĆ UMOWĘ UBEZPIECZENIA I KIEDY ULEGA ONA ROZWIĄZANIU

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

ART. 10 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. Aby skorzystać ze Świadczeń assistance, Uczestnik (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien skontaktować się z Ubezpieczycielem (tel. 22 591 95 73, 22 281 95 73) i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Uczestnika, nr PESEL lub, w przypadku jego braku, datę urodzenia,
 - 2) nazwę Umowy podstawowej,
 - 3) Miejsce zamieszkania,
 - 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Uczestnikiem lub wskazaną przez niego osobą,
 - 5) opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
2. Po weryfikacji prawa Uczestnika do Świadczeń assistance – niezwłocznie, nie później niż w ciągu 72 godzin, przystąpimy do realizacji Świadczenia assistance i poinformujemy Uczestnika, kiedy je zrealizujemy. W przypadku zmiany terminu lub sposobu realizacji Świadczenia assistance również niezwłocznie prześlemy taką informację Uczestnikowi.
3. Jeżeli Uczestnik, z przyczyn od siebie niezależnych, nie mógł skontaktować się z nami telefonicznie i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty Świadczeń assistance, powinien poinformować nas o tym fakcie w ciągu 7 dni od dnia, kiedy kontakt z nami stał się możliwy. W takim przypadku udzielimy informacji, w jaki sposób wystąpić o zwrot poniesionych kosztów.
4. W takim przypadku zwracamy koszty Świadczeń assistance, które poniósł Uczestnik, na podstawie dokumentów, które potwierdzają zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz poniesienie tych kosztów. Zwracamy koszty poniesione przez Uczestnika, nie wyższe jednak niż limity, które wskazujemy w Tabeli Świadczeń Assistance.
5. Jeśli Uczestnik nie powiadomił nas o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz zorganizował i pokrył koszty Świadczeń assistance we własnym zakresie, to zastrzegamy sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku organizowania Świadczeń assistance przez nas. Przepis ten nie ma zastosowania, gdy Uczestnik nie powiadomił nas o Zdarzeniu ubezpieczeniowym z przyczyn niezależnych od siebie.
6. Koszty Świadczeń assistance, które poniósł Uczestnik, wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, w złotych. Jeśli odmawiamy zwrotu kosztów, które poniósł Uczestnik lub wypłacamy część kwoty wskazanej we wniosku o zwrot kosztów, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
7. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy zwrot kosztów, które poniósł Uczestnik przysługuje i w jakiej wysokości, to pieniądze wypłacamy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsprawną część wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.

ART. 11 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów poza terytorium Polski.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Uczestnika,
 - 2) rażącego niedbalstwa Uczestnika, chyba że organizacja Świadczenia assistance odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 3) popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Uczestnika,
 - 4) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Uczestnika,
 - 5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, Aktów terroryzmu,
 - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
 - 7) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS,
 - 8) Chorób przewlekłych Uczestnika,
 - 9) nieprzestrzegania zaleceń lekarza,

- 10) Zawodowego uprawiania sportu lub uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Uczestnika;
 - 11) katastrof naturalnych, działania ognia lub następujących żywiołów: trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powódzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne;
 - 12) spożycia przez Uczestnika alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezarejestrowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji,
 - 13) zaburzeń psychicznych Uczestnika, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
3. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w związku z leczeniem sanatoryjnym Uczestnika oraz helioterapią, niezależnie od jej powodu;
 - 2) w wyniku leczenia stomatologicznego Uczestnika;
 - 3) leczenia eksperymentalnego, którego skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które jest w trakcie badań lub testów;
 - 4) w wyniku rutynowych badań fizykalnych Uczestnika, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i podania leków lub zabiegów zapobiegawczych;
 - 5) wyłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
 4. Nie udzielimy ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będziemy zobowiązani do organizacji Świadczenia assistance w zakresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli organizacja Świadczenia assistance mogą narazić nas na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, prawa polskiego, Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 12 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Uczestnik, uprawniony z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy ubezpieczenia grupowego mogą złożyć Ubezpieczycielowi:
 - A. ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu (22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku, w dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - B. na piśmie – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - C. w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia złożone do Ubezpieczającego będą przekazywane do Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany na piśmie.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest na piśmie za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres do doręczeń wskazany przez składającego reklamację w jej treści. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy na piśmie lub w postaci elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest na

piśmie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4.

6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Uczestnikiem lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Uczestnikiem lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – udział Ubezpieczyciela w takim postępowaniu jest obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl
Biuro Rzecznika Finansowego
ul. Nowogrodzka 47A 00-695 Warszawa
Tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja
+48 22 333-73-27 – Recepcja
Faks +48 22 333-73-29
e-mail: biuro@rf.gov.pl
www.rf.gov.pl
8. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów – platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

ART. 13 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

1. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Uczestnika lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Uczestnika lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

ART. 14 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O UBEZPIECZENIU

1. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia podlega przepisom prawa polskiego.

OWU zostały przyjęte uchwałą Ubezpieczyciela nr 001/2024 z dnia 11 stycznia 2024 r. i wchodzi w życie z dniem 16.03.2024 r.



Piotr Ruszowski
Dyrektor Oddziału

PODSTAWOWE INFORMACJE O GRUPOWYM UBEZPIECZENIU MEDI-ASSISTANCE

Dokument ten jest materiałem informacyjnym dla osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance. Opisujemy w nim najważniejsze cechy i zasady działania tego ubezpieczenia. Pełne informacje o ubezpieczeniu zawierają Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Medi-Assistance (MED/ASS/4/2024).

JAKIEGO RODZAJU JEST TO UBEZPIECZENIE

Medi-Assistance jest to umowa grupowego ubezpieczenia, która została zawarta na rzecz Uczestników i łączy Ubezpieczyciela: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z Ubezpieczającym: Towarzystwo Ubezpieczeń Alianz Życie Polska S.A. Ubezpieczenie obejmuje Świadczenie assistance, które realizuje Ubezpieczyciel, gdy w Okresie ochrony ubezpieczeniowej zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe. Koszt ochrony za danego Uczestnika pokrywa Ubezpieczający.

KTO MOŻE BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ I JAK DŁUGO TRWA UBEZPIECZENIE

Ochroną jest objęty Uczestnik, czyli osoba fizyczna, która jest ubezpieczona w Umowie podstawowej wskazanej w warunkach ogólnych. Okres ochrony ubezpieczeniowej trwa 12 miesięcy i rozpoczyna się od dnia wskazanego w Dokumencie uczestnictwa.

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Jeśli w Okresie ochrony ubezpieczeniowej wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty Świadczeń assistance wymienionych w poniższej Tabeli Świadczeń Assistance.

| Zdarzenie | Świadczenie assistance | Limity kwotowe na Zdarzenie | Limity |
|--|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek | Wizyta lekarska | – | 3 wizyty |
| | Transport medyczny: • do Placówki medycznej • pomiędzy Placówkami medycznymi • z Placówki medycznej | 1000 zł brutto | – |
| | Rehabilitacja | 1000 zł brutto | 3 Zdarzenia ubezpieczeniowe |
| | Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego | 500 zł brutto | 3 Zdarzenia ubezpieczeniowe |
| Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego | | 500 zł brutto | 3 Zdarzenia ubezpieczeniowe |
| | Hospitalizacja | | |
| | Wizyta w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika | 1000 zł brutto | – |
| | Wizyta w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika | 1000 zł brutto | – |

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczyciel nie zapewnia świadczeń i usług poza terenem Polski. Nie odpowiada także za zdarzenia powstałe w szczególności w wyniku:

- umyślnego działania Uczestnika;
- rażącego niedbalstwa Uczestnika, chyba że organizacja Świadczenia assistance odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Uczestnika;
- w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Uczestnika;
- Chorób przewlekłych Uczestnika;
- Zawodowego uprawiania sportu lub Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Uczestnika;
- w związku z leczeniem sanatoryjnym Uczestnika oraz helioterapią, niezależnie od jej powodu;
- leczenia stomatologicznego Uczestnika;
- leczenia eksperymentalnego, którego skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które jest w trakcie badań lub testów;
- rutynowych badań fizykalnych Uczestnika, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i podania leków lub zabiegów zapobiegawczych.

Wszystkie ograniczenia odpowiedzialności wskazaliśmy w warunkach ogólnych.

Dokument ten wszedł w życie z dniem 16 marca 2024 roku.

POLITYKA PRYWATNOŚCI

ZASADY OCHRONY PRYWATNOŚCI

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce („my”, „nas”, „nasze”) jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. KIM JEST ADMINISTRATOR DANYCH?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych i odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce jest właśnie administratorem danych.**

2. JAKIE DANE OSOBOWE BĘDĄ ZBIERANE?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko (w tym nazwisko rodowe), imię (imiona)
- Imiona rodziców
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Numer, data wydania, data ważności, organ wydający i rodzaj dokumentu tożsamości
- Numery telefonów

- Adres e-mail
- Informacje o posiadanym prawo jazdy (kategoria, data wydania, data ważności, numer dokumentu)
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu
- Numer polisy
- Dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia
- Dane o pracodawcy i statusie zatrudnienia
- Obywatelstwo
- Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej
- Dane pozyskane w trakcie zgłoszenia oraz likwidacji szkody

W zależności od Państwa umowy lub szkody poprosimy jedynie o dane niezbędne w konkretnym przypadku.

Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, tj. dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane ze świadectw zgonu.

3. W JAKI SPOSÓB BĘDIEMY UZYSKIWAĆ I WYKORZYSTYWAĆ PAŃSTWA DANE OSOBOWE?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału (tj. z placówek medycznych, od Państwa pracodawcy, z Narodowego Funduszu Zdrowia) zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

| Cel przetwarzania | Czy potrzebujemy Państwa zgody? | Podstawa prawna przetwarzania |
|---|--|---|
| Zarządzanie umową, w tym umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód, rozpatrywanie reklamacji) | Nie (z wyjątkiem sytuacji, kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji kiedy nie są Państwem naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych) | art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. g w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej |
| W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej. | Tak | art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest marketing bezpośredni naszych produktów i usług) |
| Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa | Nie | art. 6 ust. 1 lit. c) RODO* |
| W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację | Nie | art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego) |
| W celu ograniczenia ryzyka w zakresie sankcji gospodarczych poprzez weryfikację i zastosowanie innych odpowiednich środków sprawdzających, czy klient lub ryzyko podlegające ubezpieczeniu nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom oraz czy umowa nie narusza żadnych sankcji gospodarczych, poprzez cykliczne kontrole ubezpieczonych i klientów, a także – na etapie likwidacji szkody – poprzez przeprowadzenie analizy pod względem obowiązywania sankcji finansowych w odniesieniu do ubezpieczonego oraz, w stosownych wypadkach, beneficjenta przed wypłatą odszkodowania lub świadczenia | Nie | art. 6 ust. 1 lit. c) RODO* |
| W celu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym | Nie | art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zapobieganie przestępstwom ubezpieczeniowym i obrona przed nadużyciami) |

| Cel przetwarzania | Czy potrzebujemy Państwa zgody? | Podstawa prawna przetwarzania |
|---|---------------------------------|--|
| W celu badania satysfakcji klienta | Nie | art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest badanie jakości świadczonych przez nas usług oraz poziomu zadowolenia naszych klientów z tych usług) |
| W celu ustalenia, dochodzenia i obrony przed roszczeniami | Nie | art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość ustalenia, dochodzenia i obrony przed ewentualnymi roszczeniami) |

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem niektórych sytuacji, kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia lub nie są Państwo naszym klientem), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiany nabycia naszych produktów i usług lub likwidacji zgłoszonej szkody. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb, lub zlikwidować zgłoszonej przez Państwa szkody.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży. Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili stworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do jej zakwestionowania, uzyskania jej uzasadnienia, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

4. KTO BĘDZIE MIEĆ DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępnić Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i innym podwykonawcom świadczącym usługi na rzecz AWP w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami, likwidacja szkody, wykonanie umowy poprzez wykonanie usług na rzecz uprawnionej osoby) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępniemy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępnić Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, potęczenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zapasów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

5. GDZIE BĘDĄ PRZETWARZANE DANE OSOBOWE?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regulami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

6. JAKIE UPRAWNIENIA PRZYSŁUGUJĄ PAŃSTWU W ODNIESIENIU DO DANYCH OSOBOWYCH?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formie elektronicznej na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie: <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

7. JAK MOŻNA WNIĘŚĆ SPRZECIWI WOBEC PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

Zagraniczna druga opinia medyczna

Co zyskujesz?

- Jeśli lekarze w Polsce zdiagnozują u Ciebie lub Twoich bliskich poważną chorobę, możesz liczyć na dodatkową opinię najlepszych specjalistów – bez konieczności wyjazdu za granicę.
- Masz dostęp do platformy informacyjnej www.askbestdoctors.com/pol, na której znajdziesz wiele przydatnych informacji medycznych (także w formie wideo).

Warto wiedzieć

Z usługi Best Doctors możesz skorzystać, gdy masz już diagnozę postawioną przez Twojego lekarza. Diagnoza może dotyczyć choroby Twojej albo osoby bliskiej.

Zwróć uwagę

W ramach umowy masz dostęp do dwóch usług:

- zagranicznej drugiej opinii medycznej – możesz z niej skorzystać w przypadku poważnych chorób i uszkodzeń ciała, które zagrażają życiu; ich listę znajdziesz w warunkach ubezpieczenia,
- telefonicznej konsultacji eksperta – możesz z niej skorzystać, jeśli choroba wymaga leczenia specjalistycznego (jak np. alergia, łuszczyca), ale nie zagraża życiu.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors: **800 365 867**. Jest ono czynne 24 godz. na dobę, 7 dni w tygodniu.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA” (OM/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 2 ust. 4-5 Art. 7 |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA” (OM/TZ/4/2023)

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 ułatwią 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. **Best Doctors** – Best Doctors Services SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: C/Almagro 36-1, 28010 Madryt), za pośrednictwem którego zapewniamy sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, Informacji Medycznej Eksperta oraz dostęp do Platformy AskBestDoctors
2. **Biblioteka Video On-line** – zbiór informacyjno-edukacyjnych filmów wideo, umożliwiających uzyskanie informacji o istocie chorób, ich wpływie na organizm, metodach diagnostyki i leczenia
3. **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – całodobowe centrum zgłoszeniowe Best Doctors (tel. 800 365 867, adres: ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne oraz dokumenty od Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej, weryfikuje prawo do uzyskania świadczeń oraz koordynuje ich realizację
4. **Dziecko** – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego, nad którym sprawuje on opiekę rodzicielską do czasu uzyskania przez nie pełnoletności i które w dniu postawienia diagnozy lub stwierdzenia konieczności przeprowadzenia leczenia operacyjnego ma nie więcej niż 25 lat
5. **Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym danej specjalizacji. Wyboru Eksperta dokonuje Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki schorzenia, którego dotyczy zgłoszenie
6. **Informacja Medyczna Eksperta (AskTheExpert)** – specjalistyczna ocena stanu zdrowia lub informacja o problemie zdrowotnym Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej, którą sporządza Ekspert. Jeśli jest to możliwe na podstawie zgromadzonych informacji, Ekspert przygotowuje także propozycję sposobu leczenia
7. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej – w zależności od tego, której osoby dotyczy,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym osoby, której to zdarzenie dotyczy,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
8. **Osoba Bliska** – Współmałżonek, Partner lub Dziecko Ubezpieczonego
9. **Partner** – osoba, z którą Ubezpieczony prowadzi z wspólne gospodarstwo domowe
10. **Platforma AskBestDoctors** – internetowa platforma informacyjna na stronie www.askbestdoctors.com/pol, dzięki której Ubezpieczony lub Osoba Bliska:
 - a) korzystają z bazy informacji dotyczących kwestii zdrowotnych – od informacji ogólnych po szczegółowe wyjaśnienia na temat schorzeń i ich leczenia, w tym z zasobów Biblioteki Video On-line,

- b) wypełniają i składają on-line wnioski o sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta,
 - c) przeglądają swoją dokumentację medyczną.
- Ubezpieczony lub Osoba Bliska korzystają z platformy po zalogowaniu się z wykorzystaniem indywidualnego hasła
11. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie i która w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat
 12. **Współmałżonek** – osoba, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego
 13. **Zagraniczna Druga Opinia Medyczna (InterConsultation)** – opinia, która dotyczy Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej i którą sporządza Ekspert na podstawie dostarczonej mu dokumentacji medycznej. Opinia ta zawiera:
 - a) weryfikację wcześniej postawionej diagnozy,
 - b) propozycję optymalnego planu leczenia

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) organizację oraz pokrycie kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu lub Osobie Bliskiej postawiono diagnozę lub zalecono leczenie operacyjne, które mają związek z następującym stanem chorobowym lub uszkodzeniem ciała:

| | | |
|--|---|---|
| 1) nowotwór złośliwy | 12) choroba Alzheimera | 23) rozległe oparzenie |
| 2) niewydolność nerek | 13) choroba Parkinsona | 24) utrata kończyn |
| 3) schyłkowa niewydolność wątroby | 14) choroby neuronu ruchowego | 25) utrata słuchu |
| 4) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby | 15) przeszczep narządu | 26) utrata wzroku |
| 5) udar mózgu | 16) zawał serca | 27) utrata mowy |
| 6) łagodny nowotwór mózgu | 17) angioplastyka naczyń wieńcowych | 28) śpiączka |
| 7) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych | 18) operacja pomostowania naczyń wieńcowych | 29) cukrzyca typu 1 (insulinozależna) |
| 8) zapalenie mózgu | 19) operacja zastawek serca | 30) gruźlica |
| 9) porażenie kończyn | 20) operacja aorty | 31) zakażenie wirusem HIV |
| 10) paraliż | 21) bakteryjne zapalenia wsierdza | 32) inne stany chorobowe i uszkodzenia ciała, o ile zagrażają życiu Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej i wymagają leczenia specjalistycznego |
| 11) stwardnienie rozsiane | 22) niedokrwiłość aplatyczna | |

- b) organizację oraz pokrycie kosztów sporządzenia Informacji Medycznej Eksperta, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu lub Osobie Bliskiej występuje stan chorobowy albo uszkodzenie ciała inne niż wymienione w tabeli, które wymagają leczenia specjalistycznego,
- c) dostęp do Platformy AskBestDoctors,
- d) tłumaczenie na język Eksperta dokumentacji medycznej, którą przekazuje Ubezpieczony lub Osoba Bliska,
- e) tłumaczenie na język polski Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej i Informacji Medycznej Eksperta – przed przekazaniem ich Ubezpieczonemu lub Osobie Bliskiej.

3. Ubezpieczony i Osoba Bliska mogą korzystać ze świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, w okresie, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
4. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do świadczeń.
5. W ciągu pierwszych 90 dni ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w pierwszej Umowie Dodatkowej, zapewniamy sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta wyłącznie w związku z następstwami Nieszczęśliwego Wypadku.
6. Dla jednego stanu chorobowego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej, które obejmujemy ubezpieczeniem, zapewniamy sporządzenie jednej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej albo jednej Informacji Medycznej Eksperta.

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć tylko razem z Umową Główną.
2. 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, w którym otrzymaliśmy 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.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 5 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY DOSTARCZENIE ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

1. Aby uzyskać Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną, Ubezpieczony albo Osoba Bliska, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
 - a) kontaktując się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podając dane:
 - imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
 - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
 - dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
 - kontaktowy numer telefonu,
 - b) wypełniają formularze, które otrzymują po zweryfikowaniu przez Best Doctors prawa do świadczenia,
 - c) dostarczają do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors, na własny koszt, wypełnione formularze oraz zgromadzoną dokumentację medyczną, a jeśli zgłoszenie dotyczy Osoby Bliskiej – także odpis aktu małżeństwa albo odpis aktu urodzenia Dziecka (w zależności od tego, której osoby dotyczy zgłoszenie).
2. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana:
 - a) osobie, której dotyczy,
 - b) w uzgodniony z nią sposób,
 - c) w ciągu 30 dni od dostarczenia dokumentacji medycznej.Jeżeli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Zagraniczna Druga Opinia Medyczna zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie było możliwe. W przypadku osób małoletnich Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.
3. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana w języku polskim.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB DOSTARCZAMY INFORMACJĘ MEDYCZNĄ EKSPERTA

1. Aby uzyskać Informację Medyczną Eksperta, Ubezpieczony albo Osoba Bliska, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
 - a) kontaktując się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podając dane:
 - imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
 - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
 - dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
 - kontaktowy numer telefonu,
 - b) udzielając wyjaśnień dotyczących stanu zdrowia osoby, której zgłoszenie dotyczy.
2. Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana:
 - a) osobie, której dotyczy, na wskazany przez nią adres poczty elektronicznej,
 - b) w ciągu 7 dni od dostarczenia informacji.Jeżeli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Informacja Medyczna Eksperta zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie było możliwe.
3. W przypadku osób małoletnich Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.
4. Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana w języku polskim.

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW SPORZĄDZENIA ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ ANI INFORMACJI MEDYCZNEJ EKSPERTA

1. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani Informacji Medycznej Eksperta:
 - a) jeżeli przyczyną zgłoszenia jest:
 - ostry i krótkotrwały stan chorobowy,
 - choroba przewlekła o lekkim przebiegu,
 - zaburzenie psychiczne,
 - problem stomatologiczny,
 - b) w czasie pobytu Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem tej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta,
 - c) jeżeli stan chorobowy Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
2. Ani Best Doctors, ani my nie odpowiadamy za:
 - a) medyczną poprawność Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej czy Informacji Medycznej Eksperta,
 - b) skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tych opiniach,
 - c) skutki wdrożenia proponowanych przez Ekspertów planów leczenia, w tym ich skuteczność.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Ubezpieczenie składki

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Przejmujemy opłacanie Twoich składek za polisę, jeśli lekarz stwierdzi u Ciebie całkowitą niezdolność do pracy zgodnej z wykształceniem bądź umiejętnościami zawodowymi.

Warto wiedzieć

Weźmiemy na siebie opłacanie składek od 7 miesiąca niezdolności do pracy, która nie musi mieć trwałego charakteru.

Zwróć uwagę

Umowa może być zawarta wyłącznie razem z umową ubezpieczenia na życie przez Ubezpieczonego Głównego, który jest jednocześnie Ubezpieczającym – czyli osobą, która opłaca składki.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/TZI/2/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|--|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 8 oraz Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | W przypadku zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/TZI/2/2023)

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 ułatwią 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,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej, która jest zgodna z jego wykształceniem, umiejętnościami nabytymi podczas ukończonych kursów zawodowych lub podczas wykonywania Aktywności Zarobkowej. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, które również wystąpiły w czasie tej ochrony, i
 - b) trwać w czasie tej ochrony nieprzerwanie przynajmniej 6 miesięcy
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) jest Ubezpieczonym Głównym i Ubezpieczającym w Umowie i
 - b) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat
5. **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)
6. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub

przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

7. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy, także taką, która powstaje na skutek Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
3. Niezdolność do Pracy oraz 6-miesięczny okres całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej muszą wystąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
4. W razie Niezdolności do Pracy świadczenie ubezpieczeniowe jest równe sumie wszystkich Składek, których terminy płatności przypadają po upływie 6-miesięcznego okresu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej i do zakończenia Niezdolności do Pracy, jednak nie dłużej niż do:
 - a) rozwiązania Umowy Dodatkowej z innej przyczyny niż zakończenie okresu, na który została zawarta, i
 - b) ukończenia przez Ubezpieczonego 67 lat.

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć tylko razem z Umową Główną.
2. 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) w dniu zmiany osoby, która ma obowiązek płacić Składki,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna.
3. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Masz obowiązek opłacać Składki do czasu, gdy podejmiemy decyzję o ich przejściu.
2. Gdy otrzymujemy wniosek o przejście opłacania Składek, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
3. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu,
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową, w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
4. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
5. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,

- b) wysokości Składki, którą pomniejszamy o składkę za tę Umowę Dodatkową i
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.
 3. Składka za Umowę Dodatkową zmienia się w przypadku zmiany Składki.
 4. Przed podwyższeniem Regularnej Składki Kapitałowej możemy podzielić, abyś:
 - a) uzupełnił informacje we wniosku o zmianę,
 - b) przekazał nam informacje o swoim stanie zdrowia lub
 - c) wykonał badania lekarskie – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
 5. W okresie, w którym przejmujemy opłacanie Składek, nie możesz dokonywać zmian w Umowie, które powodują podwyższenie Składki.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB SPEŁNIMY ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Jeśli wystąpi Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, to spełnimy świadczenie poprzez przejęcie opłacania Składek.
2. Zwrócimy Ci Składki, które opłaciłeś po spełnieniu warunków do przejęcia opłacania Składek, a przed podjęciem przez nas decyzji o takim przejęciu.
3. Jeśli w czasie trwania całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej na Twój wniosek podwyższymy Sumę Ubezpieczenia i składkę za Umowę Główną albo Regularną Składkę Kapitałową, to:
 - a) do ustalenia świadczenia ubezpieczeniowego bierzemy pod uwagę Składkę, która obowiązywała przed tym podwyższeniem,
 - b) uznajemy to podwyższenie za niebyte.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE, ABYŚMY PRZEJĘLI OPŁACANIE SKŁADEK

Abyśmy mogli ustalić, czy i na jaki okres przejąć opłacanie Składek, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE PRZEJMIEMY OPŁACANIA SKŁADEK

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie przejmujemy opłacania Składek także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:

- a) 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,
- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego,
- c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
- d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- g) 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,
- h) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW

MATERIAL REKLAMOWY

Podstawowa korzyść

- Wskazanym przez Ciebie osobom wypłacimy dodatkową kwotę, która powiększy wypłatę z ubezpieczenia na życie.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, to 1 000 000 zł.

Warto wiedzieć

Nieszczęśliwy wypadek to nagłe i niespodziewane zdarzenie, którego przyczyna jest zawsze zewnętrzna – nie może nią być np. choroba.

Zwróć uwagę

Pieniądze z ubezpieczenia na życie wypłacimy uprawnionym do tego osobom – niezależnie od wyniku postępowania spadkowego.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Osoba uprawniona może wnioskować o wypłatę pieniędzy, wysyłając skany potrzebnych dokumentów na adres: bok@allianz.pl.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (SNW/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (SNW/TZ/4/2023)

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 ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **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)
8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która

wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. W razie Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 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, 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.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo zaprzestaje go uprawiać oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
4. Jeśli śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu jego śmierci. Jeśli taka śmierć Ubezpieczonego następuje po zakończeniu Umowy Dodatkowej, w czasie której miał miejsce Nieszczęśliwy Wypadek, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązywała w ostatnim dniu tej umowy.
2. Pieniądże wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego zgodnie z OWU albo Ogólnymi warunkami umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, chyba że Ubezpieczony ten wskazał inne osoby.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej wniosek o wypłatę,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, wskutek którego następuje śmierć Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) 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,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) 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,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW komunikacyjnego

MATERIAŁ REKLAMOWY

Podstawowa korzyść

Wskazanym przez Ciebie osobom wypłacimy dodatkową kwotę, która powiększy wypłatę z ubezpieczenia na życie.

Warto wiedzieć

Wypadek komunikacyjny to wypadek, któremu uległ kierujący pojazdem drogowym (takim jak np.: samochód, rower czy motocykl), pasażer m.in. samochodu, samolotu, pociągu i statku lub pieszy.

Zwróć uwagę

Pieniądze z ubezpieczenia na życie wypłacimy uprawnionym do tego osobom – niezależnie od wyniku postępowania spadkowego.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Osoba uprawniona może wnioskować o wypłatę pieniędzy, wysyłając skany potrzebnych dokumentów na adres: bok@allianz.pl.



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SWK/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SWK/TZ/4/2023)

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 ułatwią 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,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera wskutek Wypadku Komunikacyjnego; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **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)
8. **Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek, który powstał w ruchu drogowym, powietrznym albo wodnym i któremu uległ Ubezpieczony, jako:
 - a) pieszy,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego albo pasażerskiego statku wodnego,

- c) pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym (w rozumieniu ustawy – Prawo o ruchu drogowym), rowerem, motorowerem albo zaprzęgiem konnym,
- d) kierujący pojazdem szynowym

9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Wypadku Komunikacyjnego, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA 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, 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.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochroną ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
4. Jeśli śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACIMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu jego śmierci. Jeśli taka śmierć Ubezpieczonego

następuje po zakończeniu Umowy Dodatkowej, w czasie której miał miejsce Wypadek Komunikacyjny, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązywała w ostatnim dniu tej umowy.

2. Pieniądże wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpiezonego zgodnie z OWU albo Ogólnymi warunkami umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, chyba że Ubezpieczony ten wskazał inne osoby.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpiezonego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby, która składa wniosek o wypłatę,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Wypadku Komunikacyjnego,
- d) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Wypadek Komunikacyjny, wskutek którego następuje śmierć Ubezpiezonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpiezonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpiezonego przestępstwa,
- c) 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,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpiezonego,
- e) w związku z udziałem Ubezpiezonego w następujących zajęciach: kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, żeglarstwo morskie lub oceaniczne.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Kalectwo po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Wyplacimy Ci pieniądze w razie wystąpienia ponad 40 poważnych skutków wypadków, takich jak: złamania kości, oparzenia oraz uszkodzenia najważniejszych narządów wewnętrznych.

Warto wiedzieć

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, która może wynosić 1 000 000 zł.

Zwróć uwagę

Każda wypłata to określony procent sumy ubezpieczenia, który znajdziesz w tabeli zamieszczonej w warunkach ubezpieczenia.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KNW/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 6 ust. 2–6 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KNW/TZ/4/2023)

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 ułatwią 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,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – uszkodzenie ciała Ubezpieczonego:
 - a) na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, i
 - b) które powstało nie później niż w 180. dniu od tego wypadku.Uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, które są objęte ubezpieczeniem znajdziesz w tym dokumencie – w tabeli kalectwa
3. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **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)

8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. W razie Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z tabelą kalectwa.

ART. 3 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 Pałisowego, w którym otrzymaliśmy 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.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochroną ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.

4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli wystąpi Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni, zgodny z tabelą kalectwa, procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Łączna kwota wypłat nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, także wtedy gdy:
 - a) Ubezpieczony doznaje więcej niż jednego Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi.

3. W przypadku różnych oparzeń, które są skutkiem tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy pieniądze z jednej pozycji tabeli kalectwa – tej, która przewiduje najwyższy procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. Za wszystkie złamania, które są skutkiem tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy pieniądze z jednej pozycji tabeli kalectwa – tej, która przewiduje najwyższy procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Jeśli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczony dozna wielu uszkodzeń w obrębie tej samej kończyny, to wypłata za te uszkodzenia nie może być wyższa od kwoty, którą zgodnie z tabelą kalectwa wypłacilibyśmy za utratę tej kończyny.
6. Jeśli w jednej pozycji tabeli kalectwa wymieniamy więcej niż jedno Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i są one skutkiem tego samego wypadku, to wypłacamy pieniądze tylko za jedno z nich.

Tabela kalectwa

Pojęcia, których używamy w tabeli kalectwa, oznaczają:

- a) **encefalopatia pourazowa** – narastający zespół psycho-organiczny, który występuje po przebyciu, udokumentowanym urazie głowy, oraz zmiany w układzie nerwowym, które są potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
- b) **oparzenie** – uszkodzenie powierzchni ciała na skutek działania wysokiej temperatury lub czynnika chemicznego,
- c) **unieruchomienie stawu** – deficyt ruchomości globalnej stawu biodrowego, barkowego, kolanowego i łokciowego większy niż 50% normy ruchomości stawu przyjętej w medycynie,
- d) **TBSA** (ang. total body surface area) – całkowita powierzchnia ciała,
- e) **utrata** – amputacja lub całkowita i trwałą utrata funkcji organu.

| Pozycja | Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku | Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej |
|---------|---|---|
| 1 | Obustronna utrata wzroku rozumiana jako ostrość widzenia [V] = 0,0 po korekcji dla prawego i lewego oka | 100 % |
| 2 | Utrata jednego oka lub całkowita utrata widzenia jednym okiem rozumiana jako ostrość widzenia [V] = 0,0 po korekcji | 50 % |
| 3 | Utrata słuchu w jednym uchu (rozpoznawana, gdy średni próg słyszalności dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz jest wyższy niż 70 dB dla danego ucha) | 50 % |
| 4 | Pourazowa encefalopatia powodująca niezdolność do samodzielnej egzystencji, z koniecznością stałej opieki osób trzecich | 100 % |
| 5 | Pozostałe przypadki encefalopatii pourazowej | 75 % |
| 6 | Utrata kończyny górnej na wysokości stawu barkowego | 75 % |
| 7 | Utrata dłoni na wysokości stawu promieniowo-nadgarstkowego | 55 % |
| 8 | Unieruchomienie stawu barkowego | 40 % |
| 9 | Unieruchomienie stawu łokciowego | 30 % |
| 10 | Utrata co najmniej trzech palców jednej dłoni (bez kciuka), w tym co najmniej jednego poniżej stawu międzypaliczkowego dalszego | 30 % |
| 11 | Amputacja kciuka pomiędzy stawem międzypaliczkowym a dłonią | 10 % |
| 12 | Utrata kończyny dolnej na wysokości stawu biodrowego | 75 % |
| 13 | Utrata stopy pomiędzy stawem śródstopno-palcowym a stawem skokowym | 40 % |
| 14 | Unieruchomienie stawu biodrowego | 40 % |

| Pozycja | Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku | Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej |
|---------|---|---|
| 15 | Unieruchomienie stawu kolanowego | 30 % |
| 16 | Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm | 10 % |
| 17 | Pourazowy krwiak mózgowy lub uraz mózgu lub rdzenia kręgowego | 60 % |
| 18 | Uszkodzenie serca lub tętnicy głównej (aorty) wymagające operacyjnego leczenia chirurgicznego | 30 % |
| 19 | Uszkodzenie co najmniej jednego narządu jamy brzusznej (z wyłączeniem narządów układu moczowo-płciowego) leczone operacyjnie | 15 % |
| 20 | Uszkodzenie co najmniej jednego narządu układu moczowo-płciowego leczone operacyjnie z wyłączeniem zabiegów wykonywanych technikami endoskopowymi z dostępu przez cewkę moczową | 15 % |
| 21 | Uszkodzenie co najmniej jednego płuca lub optycznej leczone operacyjnie z wyłączeniem uszkodzenia wymagającego jedynie drenażu optycznej | 15 % |
| 22 | Złamanie co najmniej jednej kości czaszki, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie kości twarzoczaszki | 15 % |
| 23 | Złamanie co najmniej jednej kości twarzoczaszki, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie łącznie kości nosa i zębów | 10 % |
| 24 | Złamanie topatki | 5 % |
| 25 | Złamanie obojczyka | 5 % |
| 26 | Złamanie kości ramiennej, z wyłączeniem kości stawu łokciowego | 3 % |
| 27 | Złamanie kości w obrębie stawu łokciowego lub złamanie kości przedramienia, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie kości nadgarstka | 3 % |
| 28 | Złamanie mostka, z wyłączeniem skutków reanimacji | 5 % |

| Pozycja | Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku | Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej |
|---------|--|---|
| 29 | Złamanie kości miednicy | 10% |
| 30 | Złamanie w obrębie kości stawu biodrowego | 10% |
| 31 | Złamanie kości udowej, z wyłączeniem części kości udowej będącej elementem stawu biodrowego lub stawu kolanowego | 5% |
| 32 | Złamanie kości podudzia, z wyłączeniem części kości podudzia będących elementem stawu kolanowego | 3% |
| 33 | Złamanie w obrębie kości tworzących staw kolanowy | 3% |
| 34 | Złamanie kości krzyżowej lub ogonowej kręgosłupa | 5% |
| 35 | Złamanie co najmniej jednego trzonu kręgu bez poraż, z wyłączeniem kości krzyżowej lub ogonowej | 5% |
| 36 | Oparzenie II stopnia od 5% do 15% całkowitej powierzchni ciała (TBSA) | 5% |

| Pozycja | Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku | Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej |
|---------|---|---|
| 37 | Oparzenie II stopnia powyżej 15% i nie więcej niż 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA) | 15% |
| 38 | Oparzenie II stopnia powyżej 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA) | 30% |
| 39 | Oparzenie III stopnia do 5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA) | 5% |
| 40 | Oparzenie III stopnia powyżej 5% i nie więcej niż 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA) | 30% |
| 41 | Oparzenie III stopnia powyżej 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA) | 60% |
| 42 | Oparzenie IV stopnia powyżej 1% całkowitej powierzchni ciała (TBSA) | 60% |
| 43 | Uszkodzenie organizmu, które nie jest wymienione w tej tabeli | 0% |

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Kalectwie wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz:

- wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby,
- dokumentów, które potwierdzają Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który powoduje uszkodzenie ciała Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- 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 związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 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 Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW

Co zyskujesz?

- Wyptacimy Ci pieniądze w razie uszczerbków na zdrowiu spowodowanych wypadkiem – najczęstsze z nich to: złamania, skręcenia, oparzenia, blizny.
- Zapewnimy Ci również zwrot wydatków na rehabilitację.

Warto wiedzieć

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, która może wynosić 200 000 zł (dotyczy osób dorosłych) i 100 000 zł (dotyczy dzieci).

Zwróć uwagę

- Za uszczerbek na zdrowiu wyptacimy określony procent sumy ubezpieczenia, który znajdziesz w tabeli zamieszczonej w warunkach ubezpieczenia.
- Za rehabilitację możesz otrzymać do 15% tej sumy.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU I REHABILITACJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (UR/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 2 ust. 4 Art. 6 ust. 3 Art. 9 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU I REHABILITACJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (UR/TZ/4/2023)

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 ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Rehabilitacji** – koszty procesu leczniczego, w tym koszty zaopatrzenia ortopedycznego Ubezpieczonego (z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych), które zostały poniesione w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem, w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku. Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz:
 - a) ma na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych lub zaburzonych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku czynności uszkodzonego narządu lub narządów,
 - b) jest prowadzone na terenie Polski i pod kontrolą lekarza,
 - c) jest realizowane metodami kinezyterapii i fizykoterapiiKoszty badań, które wykonuje Ubezpieczony, nie są Kosztami Rehabilitacji.
3. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której:
 - a) obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, oraz
 - b) ustalamy maksymalną kwotę zwrotu w przypadku poniesienia Kosztów Rehabilitacji.Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumentacie Ubezpieczenia

6. **Tabela Procentowego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (Tabela)** – dokument, który zawiera listę Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu objętych ubezpieczeniem wraz z przypisanymi im procentami uszczerbku
7. **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu** – utrwalone dolegliwości, które zmniejszają sprawność poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu lub zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy, które:
 - a) są następstwem Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) powstają w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku
8. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
9. **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)
10. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarsstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
11. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego oraz
 - b) zwrot Kosztów Rehabilitacji Ubezpieczonego – do 15% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli Ubezpieczony dozna Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, to wypłacamy odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z Tabelą.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu o charakterze nawykowym, zmęczeniuowym lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, który to uszczerbek jest potwierdzony w dokumentacji medycznej, ani Kosztów Rehabilitacji, które są związane z takim uszczerbkiem.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upływie 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, 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.

2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu,
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu lub Nieszczęśliwy Wypadek, który powoduje konieczność poniesienia Kosztów Rehabilitacji, są skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY ZA TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU ORAZ KOMU I ILE PIENIĘDZY ZWRACAMY ZA KOSZTY REHABILITACJI (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego wypłacamy mu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Kwotę wypłaty obliczamy, mnożąc:
 - a) Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z dnia Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) procent uszczerbku wskazany w Tabeli dla danego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.
2. Jeśli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku u Ubezpieczonego powstaje więcej niż jeden Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, to sumujemy wypłaty za te uszczerbki.
3. Maksymalna kwota wypłaty za skutki tego samego Nieszczęśliwego Wypadku to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. W razie utraty lub uszkodzenia narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem przed Nieszczęśliwym Wypadkiem na skutek innego urazu, choroby lub wady wrodzonej, to stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określamy jako różnicę pomiędzy:
 - a) aktualnym stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu po Nieszczęśliwym Wypadku a
 - b) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu przed tym wypadkiem.Jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed Nieszczęśliwym Wypadkiem, to przyjmujemy, że wcześniejszy trwały uszczerbek nie istniał.
5. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu, za który wypłaciliśmy pieniądze, to stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określamy jako różnicę pomiędzy:
 - a) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu po Nieszczęśliwym Wypadku a
 - b) stopniem Trwałego Uszczerbku za Zdrowiu, za który wypłaciliśmy pieniądze.

6. Oceny Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego dokonują nasi upoważnieni pracownicy lub wskazani przez nas lekarze.
7. Stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu powinien być ustalony:
 - a) po zakończeniu leczenia, w tym zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego,
 - b) nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od dnia Nieszczęśliwego Wypadku i nie później niż po 24 miesiącach od tego wypadku; późniejsza zmiana stopnia Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje zmiany wysokości wypłaty za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu.
8. Jeżeli zgodnie z opinią wskazanego przez nas lekarza okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, to po upływie 6 miesięcy Ubezpieczony może złożyć wniosek o wcześniejszą wypłatę bezspornej części świadczenia za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, która zgodnie z naszymi przewidywaniami będzie przysługiwać po zakończeniu leczenia. Wysokość tej części świadczenia określamy na podstawie:
 - a) dokumentów, które przedstawia Ubezpieczony, oraz
 - b) ustaleń wskazanego przez nas lekarza.
9. Zwracamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Rehabilitacji, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu, to 15% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacamy w złotych polskich. Jeśli Koszty Rehabilitacji zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Trwałym Uszczerbku na Zdrowiu lub o poniesieniu Kosztów Rehabilitacji oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Trwały Uszczerbek na Zdrowiu – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego,
- e) dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby,
- f) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Rehabilitacji; faktura lub rachunek musi zawierać wskazanie osoby, która poddała się rehabilitacji.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub poniósł Koszty Rehabilitacji, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) 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,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) 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,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

TABELA PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (TPU/TZ/3/2022)

Tabelę stosujemy do Umowy dodatkowej w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku.

| Punkt | Kod uszczerbku | Nazwa uszczerbku na zdrowiu | Procent uszczerbku |
|--|--|---|--------------------|
| A UKŁAD NERWOWY | | | |
| 1 | Porażenia i niedowłady po urazach wewnątrzczaszkowych | | |
| | 001 | Porażenie lub głęboki niedowład połowiczny, porażenie lub głęboki niedowład obu kończyn dolnych, uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0°-2° wg Lovetta) | 100% |
| | 002 | Umiarkowany niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (3° wg Lovetta) | 60% |
| | 003 | Niewielki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° wg Lovetta) | 30% |
| | 004 | Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 0° | 50% |
| | 005 | Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 1°-2° | 35% |
| | 006 | Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 3°-4° | 25% |
| | 007 | Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 0° | 40% |
| | 008 | Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 1°-2° | 30% |
| | 009 | Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 3°-4° | 20% |
| <p>SKALA LOVETTE'A: 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej; 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej; 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej; 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej; 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej; 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej;</p> | | | |
| 2 | Zespoły pozapiramidowe | | |
| | 010 | Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu znacznym | 100% |
| | 011 | Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu umiarkowanym | 60% |
| | 012 | Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu niewielkim | 20% |
| 3 | Zespoły mózdkowe | | |
| | 013 | Zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie | 100% |
| | 014 | Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w znacznym stopniu | 70% |
| | 015 | Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w umiarkowanym stopniu | 50% |
| | 016 | Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w niewielkim stopniu | 20% |
| 4 | Padaczka jako izolowane następstwo urazu | | |
| | 017 | Padaczka jako izolowane następstwo urazu z częstymi napadami (powyżej 4 miesięcznie) | 50% |
| | 018 | Padaczka jako izolowane następstwo urazu z napadami od 2 do 4 miesięcznie | 30% |
| | 019 | Padaczka jako izolowane następstwo urazu z z rzadkimi napadami poniżej 2 miesięcznie | 10% |
| <p>Podstawą rozpoznania padaczki są: typowe napady, zmiany w zapisie EEG z cechami charakterystycznymi dla tej choroby, dokumentacja leczenia neurologicznego z badaniami TK/MR. Uwaga: Jeśli rozpoznaniu padaczki towarzyszy encefalopatia, wtedy ocena dokonywana jest wyłącznie według pkt. 5 (pozycje 020-022).</p> | | | |
| 5 | Encefalopatia pourazowa | | |
| | 020 | Encefalopatia pourazowa ze znacznymi zmianami otępiennymi lub dużym deficytem neurologicznym | 100% |
| | 021 | Encefalopatia pourazowa ze średnimi zmianami otępiennymi lub średnim deficytem neurologicznym | 50% |

| Punkt | Kod uszczerbku | Nazwa uszczerbku na zdrowiu | Procent uszczerbku |
|--|--|--|--------------------|
| | 022 | Encefalopatia pourazowa z niewielkimi zmianami otepiennymi lub niewielkim deficytem neurologicznym | 25% |
| Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być udokumentowane diagnostyką i leczeniem neurologicznym lub psychiatrycznym, obecnością zmian w EEG, TK/MR mózgu oraz typowymi odchyleniami w wynikach testów psychologicznych. | | | |
| 6 | Inne zespoły pourazowe OUN - po urazach głowy lub ciężkich urazach ciała | | |
| | 023 | Zaburzenia nerwicowe znacznego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez nas | 20% |
| | 024 | Zaburzenia nerwicowe umiarkowanego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez nas | 10% |
| | 025 | Zaburzenia nerwicowe lekkiego stopnia udokumentowane sześciomiesięczną historią choroby z leczenia u psychiatry (wskaźnik badania orzecznicze psychiatry) | 5% |
| | 026 | Wstrząśnienie mózgu rozpoznane szpitalnie | 2% |
| | 027 | Stłuczenie mózgu lub krwotok wewnątrzczaszkowy, bez utrwalonego zespołu neurologicznego, leczone zachowawczo (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu) | 5% |
| | 028 | Krwotok wewnątrzczaszkowy leczony operacyjnie, bez utrwalonego zespołu neurologicznego (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu) | 10% |
| 7 | Zaburzenia mowy | | |
| | 029 | Afazja całkowita | 100% |
| | 030 | Afazja umiarkowanego stopnia | 60% |
| | 031 | Afazja niewielkiego stopnia | 30% |
| 8 | Pourazowe zespoły podwzgórzowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność i niedoczynność tarczycy itp.) | | |
| | 032 | Pourazowe zespoły podwzgórzowe nieznacznie upośledzające czynność organizmu | 20% |
| | 033 | Pourazowe zespoły podwzgórzowe umiarkowanie upośledzające czynność organizmu | 40% |
| | 034 | Pourazowe zespoły podwzgórzowe znacznie upośledzające czynność organizmu | 60% |
| 9 | Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej: okoruchowego, błotkowego, odwodzącego | | |
| | 035 | Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu i opadaniem powieki oraz z zaburzeniami akomodacji | 30% |
| | 036 | Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu i opadaniem powieki | 20% |
| | 037 | Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu bez opadania powieki | 10% |
| | 038 | Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z zaburzeniami akomodacji lub innymi zaburzeniami czynności mięśni wewnętrznych oka | 5% |
| Uwaga: w przypadku uszkodzenia części zewnętrznej i wewnętrznej nerwu okoruchowego oba uszczerbki podlegają sumowaniu, ale łączna wartość nie może przekroczyć 40%. | | | |
| 10 | Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego | | |
| | 039 | Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego – za jedną gałąź | 5% |
| 11 | Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarowego | | |
| | 040 | Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarowego | 20% |
| 12 | Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego | | |
| | 041 | Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego (obu nerwów) – z zaburzeniami mowy, połykania, oddechu oraz zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego | 40% |
| 13 | Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego lub podjęzykowego | | |
| | 042 | Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego | 10% |
| | 043 | Uszkodzenie całkowite nerwu podjęzykowego | 20% |
| 14 | Izolowane całkowite uszkodzenia nerwów obwodowych | | |
| | 044 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym | 15% |
| | 045 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piersiowego długiego | 15% |
| | 046 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pachowego | 20% |
| | 047 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu mięśniowo-skórnego | 20% |

| | | |
|-----|--|-----|
| 048 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego powyżej odejścia gałęzi do mięśnia trójkątowego ramienia | 30% |
| 049 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego poniżej odejścia gałęzi do mięśnia trójkątowego ramienia | 20% |
| 050 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia | 15% |
| 051 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia | 10% |
| 052 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie ramienia | 30% |
| 053 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie nadgarstka | 15% |
| 054 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu łokciowego | 20% |
| 055 | Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej) | 25% |
| 056 | Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej) | 40% |
| 057 | Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego | 10% |
| 058 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu zastonowego | 15% |
| 059 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu udowego | 30% |
| 060 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwów pośladkowych | 20% |
| 061 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu sromowego wspólnego | 20% |
| 062 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy | 40% |
| 063 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piszczelowego | 30% |
| 064 | Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu strzałkowego | 20% |
| 065 | Izolowane całkowite uszkodzenie splotu lędźwiowo-krzyżowego | 60% |
| 066 | Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego | 10% |

Uwaga: w przypadku częściowego uszkodzenia nerwów, oceny z pozycji 039-066 odpowiadają połowie wartości przewidzianej za całkowite uszkodzenie nerwu.

B GŁOWA

15 Uszkodzenia powłok czaszki

| | | |
|-----|---|-----|
| 067 | Oskalpowanie – od 20% do 50% skóry owłosionej | 20% |
| 068 | Oskalpowanie – powyżej 50% skóry owłosionej | 30% |

Uwaga: według pozycji 067-068 oceniane są ubytki nieuzupełnione trwale owłosieniem.

16 Złamania kości czaszki

| | | |
|-----|---|-----|
| 069 | Złamania kości czaszki – w obrębie sklepienia czaszki | 5% |
| 070 | Złamania kości czaszki – w obrębie podstawy czaszki | 10% |

17 Pourazowe ubytki kości czaszki

| | | |
|-----|--|-----|
| 071 | Pourazowy ubytek kości czaszki – poniżej 10 cm ² | 5% |
| 072 | Pourazowy ubytek kości czaszki – od 10 do 40 cm ² | 10% |
| 073 | Pourazowy ubytek kości czaszki – powyżej 40 cm ² | 20% |

Uwaga: w przypadkach urazów obejmujących uszkodzenia zarówno powłoki czaszki, jak i kości sklepienia i podstawy czaszki, następstwa poszczególnych obrażeń podlegają sumowaniu. łączna suma uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 40%.

18 Powiktania po urazach głowy

| | | |
|-----|--|-----|
| 074 | Nawracający ptynotok, ropowica powłok czaszki, przewlekłe zapalenie kości, przepuklina mózgowa – leczone operacyjnie | 10% |
|-----|--|-----|

C TWARZ

19 Powłoki twarzy

| | | |
|-----|--|-----|
| 075 | Oszpecenie – bez zaburzeń funkcji – blizny poniżej 5 cm, z wyłączeniem blizn po oparzeniach | 5% |
| 076 | Oszpecenie – bez zaburzeń funkcji – blizny od 5 cm, z wyłączeniem blizn po oparzeniach | 10% |
| 077 | Oszpecenie z zaburzeniami funkcji jak ślinotok, zaburzenia przyjmowania pokarmów, mowy, oddychania, czynności powiek – dodatkowo za każde zaburzenie | 10% |

20 Nos

| | | |
|-----|---|----|
| 078 | Złamanie kości nosa niewymagające repozycji | 1% |
|-----|---|----|

| | | |
|-----|--|-----|
| 079 | Złamanie kości nosa wymagające repozycji lub zniekształcenie pourazowe nosa – bez zaburzeń powonienia i oddychania | 3% |
| 080 | Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia lub oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy | 10% |
| 081 | Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia i oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy | 20% |
| 082 | Utrata nosa w całości – łącznie z kośćmi nosa | 30% |

Uwaga: zaburzenia powonienia lub oddychania z pozycji 078- 081 powinny zostać udokumentowane badaniami dodatkowymi i konsultacjami specjalistycznymi.

21 Zęby

| | | |
|-----|---|-------|
| 083 | Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie siekaczy lub kłów – za każdy ząb | 0,50% |
| 084 | Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie pozostałych zębów – za każdy ząb | 0,25% |
| 085 | Utrata całej korony lub całego zęba (dot. siekaczy lub kłów) – za każdy ząb | 1,50% |
| 086 | Utrata całej korony lub całego zęba (dot. zębów innych niż siekacze i kły) – za każdy ząb | 1% |

22 Uszkodzenia kości: oczodołu, jarzmowej, szczęki, żuchwy, zatoki, stawu skroniowo-żuchwowego

| | | |
|-----|--|-----|
| 087 | Wygojone bez przemieszczeń | 2% |
| 088 | Wygojone z niewielkim przemieszczeniem | 4% |
| 089 | Wygojone ze średnim przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i niewielkim upośledzeniem żucia | 12% |
| 090 | Wygojone z dużym przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i znacznym upośledzeniem lub częściowa utrata szczęki lub żuchwy | 25% |
| 091 | Utrata częściowa szczęki lub żuchwy z utratą zębów, asymetrią zgryzu, znacznym zaburzeniem otwierania jamy ustnej i upośledzeniem odżywiania | 35% |
| 092 | Utrata całkowita: szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) | 50% |

23 Język, podniebienie, przedsionek jamy ustnej, wargi

| | | |
|-----|---|-----|
| 093 | Ubytek powyżej 2 cm ² – bez zaburzeń mowy i potykania | 2% |
| 094 | Ubytek z zaburzeniami mowy i potykania | 15% |
| 095 | Ubytek z zaburzeniami mowy i potykania oraz zaburzeniami odżywiania | 35% |
| 096 | Całkowita utrata języka | 50% |

D NARZĄD WZROKU

24 Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|-----|-----|------|--|
| 097 | Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach – tabela ostrości wzroku | | | | | | | | | | | | |
| | Oko prawe | | | | | | | | | | | | |
| | Oko lewe | 1,0 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0 | |
| 1,0 | | 0% | 2,5% | 5% | 7,5% | 10% | 12,5% | 15% | 20% | 25% | 30% | 35% | |
| 0,9 | | 2,5% | 5% | 7,5% | 10% | 12,5% | 15% | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | |
| 0,8 | | 5% | 7,5% | 10% | 12,5% | 15% | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | 45% | |
| 0,7 | | 7,5% | 10% | 12,5% | 15% | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | 45% | 50% | |
| 0,6 | | 10% | 12,5% | 15% | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | 45% | 50% | 55% | |
| 0,5 | | 12,5% | 15% | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | 45% | 50% | 55% | 60% | |
| 0,4 | | 15% | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | 45% | 50% | 55% | 60% | 65% | |
| 0,3 | | 20% | 25% | 30% | 35% | 40% | 45% | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | |
| 0,2 | | 25% | 30% | 35% | 40% | 45% | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | 80% | |
| 0,1 | | 30% | 35% | 40% | 45% | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | 80% | 90% | |
| 0 | | 35% | 40% | 45% | 50% | 55% | 60% | 65% | 70% | 80% | 90% | 100% | |

Uwaga: ostrość wzroku należy ocenić po korekcji szklami zarówno w przypadku zmętnienia rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzeń siatkówki lub nerwu wzrokowego. Dwojenie wymagające podczas pracy zastąpienia jednego oka odpowiada całkowitej utracie widzenia w jednym oku.

25 Porażenie nastawności (akomodacji)

| | | |
|-----|---|-----|
| 098 | Porażenie nastawności (akomodacji) bez zaburzeń ostrości wzroku po zastosowaniu szkieł korekcyjnych jednego oka | 15% |
|-----|---|-----|

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| 26 | Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drgających, chemicznych, termicznych, elektrycznych lub wskutek nagłego działania pola elektromagnetycznego – bez upośledzenia ostrości wzroku | | | |
| 099 | Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – blizny rogówki | | 1% | |
| 100 | Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce oczodołu | | 5% | |
| 101 | Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe | | 10% | |
| 27 | Pourazowe zwężenie pola widzenia | | | |
| 102 | Tabela oceny zwężenia pola widzenia | | | |
| | Zwężenie do stopni | przy nienaruszonym drugim oku | w obojgu oczach | przy całkowitej utracie widzenia w drugim oku |
| | 60 | 0% | 0% | 35% |
| | 50 | 5% | 10% | 45% |
| | 40 | 10% | 20% | 55% |
| | 30 | 15% | 40% | 65% |
| | 20 | 20% | 60% | 75% |
| | 10 | 25% | 75% | 85% |
| | poniżej 10 | 35% | 90% | 100% |
| 28 | Niedowidzenia połowicze | | | |
| 103 | Niedowidzenia połowicze – dwuskroniowe | | 60% | |
| 104 | Niedowidzenia połowicze – dwunosowe | | 30% | |
| 105 | Niedowidzenia połowicze – jednoimienne górne | | 10% | |
| 106 | Niedowidzenia połowicze – jednoimienne dolne | | 30% | |
| 107 | Inne jednooczne ubytki pola widzenia | | 5% | |
| 29 | Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji | | | |
| 108 | Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – jednego oka – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji | | 15% | |
| 30 | Zaburzenia drożności przewodów łzowych | | | |
| 109 | Zaburzenia drożności przewodów łzowych w jednym oku | | 8% | |
| 31 | Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek | | | |
| 110 | Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – niewielkie zmiany | | 3% | |
| 111 | Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – duże zmiany – udokumentowane co najmniej 6-miesięcznym leczeniem okulistycznym | | 8% | |
| 32 | 112 | Zaćma pourazowa, pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość, jaskra pourazowa, odwarstwienie siatkówki pourazowe – z zaburzeniami ostrości wzroku i pola widzenia | Ocena wg tabel ostrości wzroku i pola widzenia | |
| 33 | Utrata gałki ocznej | | | |
| 113 | Jednego oka (wartość uszczerbku obejmuje utratę widzenia wg tabeli z pozycji 097) | | 38% | |
| 114 | Obojga oczu | | 100% | |
| Uwaga: suma uszczerbków w zakresie jednego oka nie może przekroczyć 38%. | | | | |
| E | NARZĄD SŁUCHU i RÓWNOWAGI | | | |
| 34 | Uszkodzenia małżowin usznych | | | |
| 115 | Zniekształcenie małżowiny usznej | | 5% | |
| 116 | Utrata całkowita jednej małżowiny | | 15% | |
| 117 | Utrata obu małżowin | | 30% | |
| 35 | Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego | | | |
| 118 | Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – jednostronne | | 4% | |
| 119 | Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – obustronne | | 8% | |
| 120 | Powikłania po przewlekłym ropnym zapaleniu ucha środkowego: perlak, polip, zmiany kostne – dodatkowo | | 6% | |

| | | | |
|--|--|------------|-------------------------------------|
| 36 | Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne | | |
| 121 | Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne – bez upośledzenia słuchu | | 3% |
| 37 | Uszkodzenie ucha wewnętrznego | | |
| 122 | Uszkodzenie części słuchowej ucha wewnętrznego | | Ocena wg tabeli upośledzenia słuchu |
| 123 | Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – niewielkie zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi | | 10% |
| 124 | Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – umiarkowanie nasilone zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi | | 20% |
| 125 | Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – znaczne zawroty głowy z zaburzeniami równowagi utrudniającymi chodzenie, nudności, wymioty | | 40% |
| 38 | 126 Upośledzenie słuchu na skutek: ostrego urazu akustycznego, złamań kości w obrębie ucha środkowego, mechanicznych uszkodzeń nerwu słuchowego, ciężkich urazów głowy, upośledzenia drożności zewnętrznego przewodu słuchowego – ocena na podstawie audiogramu | | |
| Tabela upośledzenia słuchu | | | |
| | | ucho prawe | |
| ucho lewe | | 0 – 25 dB | 26 – 40 dB |
| 0 – 25 dB | | 0% | 5% |
| 26 – 40 dB | | 5% | 15% |
| 41 – 70 dB | | 10% | 20% |
| powyżej 70 dB | | 20% | 30% |
| | | 41 – 70 dB | powyżej 70 dB |
| | | 10% | 20% |
| | | 20% | 30% |
| | | 30% | 40% |
| | | 40% | 50% |
| Uwaga: przy ocenie uszczerbku oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeśli różnica pomiędzy wartościami 500 Hz i 2000 Hz przekracza 40 dB, ubytek słuchu oblicza się ze średniej z 4 progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. | | | |
| F | SZYJA, GARDŁO, KRTAŃ, TCHAWICA, PRZEŁYK | | |
| 39 | Uszkodzenie szyi | | |
| 127 | Uszkodzenie tkanek miękkich szyi z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości szyi i głowy | | 10% |
| 128 | Uszkodzenie tkanek miękkich szyi ze znacznym ograniczeniem ruchomości i przymusowym ustawieniem głowy | | 25% |
| 40 | Uszkodzenie gardła | | |
| 129 | Uszkodzenia gardła z niewielkim upośledzeniem funkcji | | 5% |
| 130 | Uszkodzenia gardła ze znacznym upośledzeniem funkcji | | 15% |
| 41 | Uszkodzenie krtani | | |
| 131 | Uszkodzenie krtani – niewielkie zwężenie, przewlekła chrypka | | 10% |
| 132 | Zwężenie krtani – ze świstem krtaniowym, dusznością wysiłkową | | 20% |
| 133 | Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i zaburzeniem głosu | | 40% |
| 134 | Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i bezgłosem | | 60% |
| Uwaga: uszkodzenie krtani powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych lub endoskopowych. | | | |
| 42 | Uszkodzenie tchawicy | | |
| 135 | Uszkodzenie tchawicy – z niewielkim zwężeniem, bez duszności | | 5% |
| 136 | Uszkodzenie tchawicy – ze zwężeniem i dusznością wysiłkową | | 20% |
| 137 | Uszkodzenie tchawicy – ze znacznym zwężeniem i dusznością spoczynkową | | 60% |
| Uwaga: uszkodzenie tchawicy powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych lub endoskopowych. | | | |
| 43 | Uszkodzenie przełyku | | |
| 138 | Uszkodzenie przełyku – ze zwężeniem, bez zaburzeń funkcji | | 5% |
| 139 | Zwężenie przełyku – z zaburzeniami połykania, bez upośledzenia stanu odżywienia | | 10% |
| 140 | Zwężenie przełyku – z zaburzeniami połykania i upośledzeniem stanu odżywienia | | 30% |
| 141 | Niedrożność całkowita przełyku – stała przetoka żołądkowa | | 80% |
| Uwaga: przy ocenie skutków urazu przełyku niezbędna jest dokumentacja z leczenia specjalistycznego zawierająca wyniki badań obrazowych i endoskopowych. | | | |

| G KLATKA PIERSIOWA | | | |
|---|---|--|-----|
| 44 | Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu | | |
| 142 | Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu niewielkim | | 10% |
| 143 | Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu umiarkowanym | | 20% |
| 144 | Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu znacznym | | 40% |
| 45 | Utrata całkowita brodawki sutkowej lub sutka | | |
| 145 | Całkowita utrata brodawki sutkowej u mężczyzny | | 5% |
| 146 | Całkowita utrata brodawki sutkowej u kobiety | | 10% |
| 147 | Całkowita utrata jednego sutka u mężczyzny | | 20% |
| 148 | Całkowita utrata jednego sutka u kobiety | | 25% |
| Uwaga: w przypadku częściowej utraty brodawki sutkowej lub sutka oceny dokonuje się przy zastosowaniu pkt. 45 oraz pozycji 145-148 adekwatnych dla całkowitej utraty brodawki i sutka, przy czym wartość uszczerbku odpowiada połowie wartości przewidzianej za całkowitą utratę. | | | |
| 46 | Złamanie żeber i mostka | | |
| 149 | Złamanie jednego żebra – za każde żebro | | 1% |
| 150 | Złamanie wielu żeber – ze zniekształceniami i trwałym zmniejszeniem wydolności oddechowej w stopniu umiarkowanym lub znacznym potwierdzonym co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną | | 25% |
| 151 | Złamanie mostka – bez zniekształceń | | 3% |
| 152 | Złamanie mostka wygojone ze znacznym zniekształceniem | | 8% |
| 153 | Powikłania po złamaniu żeber lub mostka: przewlekłe zapalenie kości z obecnością przetok – dodatkowo | | 10% |
| Uwaga: złamanie żeber i mostka powinno być potwierdzone badaniem radiologicznym. | | | |
| 47 | Pourazowe przepukliny przeponowe | | |
| 154 | Pourazowe przepukliny przeponowe – bez trwałych zaburzeń funkcji | | 5% |
| 155 | Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przetyku lub żołądka | | 10% |
| 156 | Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną | | 20% |
| 157 | Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną oraz zaburzeniami krążenia (ocena wg klasyfikacji NYHA) | | 40% |
| 48 | Uszkodzenie płuca i optucnej | | |
| 158 | Uszkodzenie płuc, optucnej – bez zmniejszenia wydolności oddechowej | | 5% |
| 159 | Uszkodzenie płuc, optucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej niewielkiego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 70-80% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy | | 10% |
| 160 | Uszkodzenie płuc, optucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej średniego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 50-70% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy | | 20% |
| 161 | Uszkodzenie płuc, optucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej znacznego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC < 50% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy | | 40% |
| 162 | Uszkodzenie płuc, optucnej – powikłanie przetokami oskrzelowymi lub ropniami płuc – dodatkowo | | 15% |
| 49 | Uszkodzenia serca i osierdzia | | |
| 163 | Uszkodzenie serca, osierdzia – z wydolnym układem krążenia | | 10% |
| 164 | Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami wyrównanej niewydolności układu krążenia (I° – wg NYHA, EF > 50%, niewielkie zaburzenia kurczliwości) | | 15% |
| 165 | Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (II° – wg NYHA, EF 46-50%) | | 30% |
| 166 | Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (III° – wg NYHA, EF 35-45%) | | 50% |
| 167 | Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (IV° – wg NYHA, EF <35%) | | 80% |

Klasyfikacja NYHA – do oceny stanu czynnościowego serca

Klasa I: choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca ani bólów wieńcowych

Klasa II: choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe

Klasa III: choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe

Klasa IV: choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort

EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY: ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca.

Fracja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

| H | JAMA BRZUSZNA | | |
|-----------|---|--|-----|
| 50 | Uszkodzenie powłok jamy brzusznej | | |
| 168 | Przetoki skórne, przewlekłe powiktania ropne, znaczne ubytki skórne i mięśniowe | | 10% |
| 51 | Uszkodzenia żołądka, jelita, sieci, krezki | | |
| 169 | Uszkodzenie bez trwałych zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego | | 5% |
| 170 | Uszkodzenie z niewielkimi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i dostatecznym stanem odżywiania | | 10% |
| 171 | Uszkodzenie z zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i niedożywieniem | | 30% |
| 172 | Uszkodzenie z koniecznością żywienia pozajelitowego | | 50% |
| 52 | Przetoki jelitowe, odbytu sztuczny | | |
| 173 | Czasowe przetoki jelita cienkiego | | 10% |
| 174 | Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące niewielkie zanieczyszczanie się, bez zmian zapalnych skóry wokół przetoki, z dobrym stanem odżywiania | | 30% |
| 175 | Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące znaczne zanieczyszczanie się, ze zmianami zapalnymi skóry wokół przetok lub z niedostatecznym stanem odżywiania | | 60% |
| 176 | Czasowe przetoki jelita grubego | | 10% |
| 177 | Trwałe przetoki jelita grubego powodujące niewielkie zanieczyszczanie się | | 20% |
| 178 | Trwałe przetoki jelita grubego powodujące znaczne zanieczyszczanie się | | 50% |
| 53 | Uszkodzenia odbytnicy, zwieracza odbytu | | |
| 179 | Pełnościennne uszkodzenie odbytnicy bez trwałych zaburzeń funkcji | | 5% |
| 180 | Wypadanie błony śluzowej odbytnicy / przetoka okołoodbytnicza | | 10% |
| 181 | Wypadanie całkowite odbytnicy | | 30% |
| 182 | Uszkodzenie zwarcia odbytu niepowodujące nietrzymania gazów i stolca (blizny, zwężenie) | | 15% |
| 183 | Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące trwałe nietrzymanie gazów i stolca | | 50% |
| 54 | Uszkodzenia wątroby, pęcherzyka i przewodów żółciowych | | |
| 184 | Uszkodzenie – bez trwałych zaburzeń funkcji – leczone zachowawczo w szpitalu | | 5% |
| 185 | Uszkodzenie z umiarkowanym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa B w klasyfikacji Childa–Pugha) lub dróg żółciowych | | 15% |
| 186 | Uszkodzenie ze znacznym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa C w klasyfikacji Childa–Pugha) lub dróg żółciowych | | 30% |
| 187 | Uszkodzenie – z resekcją części wątroby / dróg żółciowych – bez upośledzenia funkcji wątroby lub dróg żółciowych | | 10% |
| 188 | Uszkodzenie z resekcją części wątroby / dróg żółciowych z upośledzeniem funkcji wątroby lub dróg żółciowych | | 30% |

Klasyfikacja zaburzeń funkcji wątroby wg Childa–Pugha

| Badany parametr | Punkty | | |
|---|-------------|---------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Albumina w surowicy (g/dl) | Powyżej 3,5 | 3,5-2,8 | Poniżej 2,8 |
| Bilirubina w surowicy (mg/dl) | Poniżej 2 | 2-3 | Powyżej 3 |
| Czas protrombinowy (sek. powyżej normy) | Do 4 | 4-6 | Powyżej 6 |
| Wodobrzusze | Brak | + | ++ |
| Encefalopatia | Brak | I°-II° | III°-IV° |
| Suma punktów | 5-6 | 7-9 | 10-15 |
| Grupa | A | B | C |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 55 | Uszkodzenia trzustki | |
| 189 | Uszkodzenie trzustki – bez trwałych zaburzeń funkcji | 5% |
| 190 | Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją trzustki – bez zaburzeń jej funkcji | 10% |
| 191 | Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją i umiarkowanymi zaburzeniami funkcji | 30% |
| 192 | Uszkodzenie trzustki – z całkowitą resekcją i znacznym zaburzeniem funkcji | 60% |
| 56 | Uszkodzenie śledziony | |
| 193 | Pęknięcie śledziony potwierdzone badaniem obrazowym – leczone zachowawczo w szpitalu | 4% |
| 194 | Pęknięcie śledziony leczone operacyjnie z zachowaniem narządu | 8% |
| 195 | Usunięcie uszkodzonej śledziony | 15% |
| 57 | Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy | |
| 196 | Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie | 10% |
| I | NARZĄDY MOCZOWO-PŁCIOWE | |
| 58 | Uszkodzenia nerek | |
| 197 | Uszkodzenie jednej nerki – bez trwałego upośledzenia funkcji | 5% |
| 198 | Uszkodzenie jednej nerki z trwałym upośledzeniem funkcji | 10% |
| 199 | Uszkodzenie obu nerek z trwałym upośledzeniem funkcji | 20% |
| 200 | Utrata jednej nerki przy prawidłowo działającej drugiej nerce | 30% |
| 201 | Utrata jednej nerki z upośledzeniem funkcji drugiej nerki | 50% |
| 202 | Utrata obu nerek | 80% |
| 59 | Uszkodzenie moczowodu | |
| 203 | Uszkodzenie moczowodu – bez trwałych zaburzeń funkcji | 5% |
| 204 | Uszkodzenie moczowodu – z trwałymi zaburzeniami funkcji układu moczowego | 15% |
| 60 | Uszkodzenie pęcherza moczowego | |
| 205 | Uszkodzenie pęcherza – bez trwałych zaburzeń funkcji | 5% |
| 206 | Uszkodzenie pęcherza – z trwałymi zaburzeniami funkcji | 15% |
| 61 | Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego | |
| 207 | Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym | 25% |
| 208 | Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu znacznym | 50% |
| 62 | Zwężenie cewki moczowej | |
| 209 | Uszkodzenie cewki moczowej z niewielkimi utrwalonymi zaburzeniami oddawania moczu | 10% |
| 210 | Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu | 20% |
| 211 | Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu oraz przewlekłym zakażeniem | 30% |
| 63 | Utrata prącia | |
| 212 | Całkowita utrata prącia | 40% |
| 213 | Częściowa utrata prącia | 20% |
| 64 | Uszkodzenia jąder | |
| 214 | Wodniak pourazowy jądra | 5% |
| 215 | Utrata jądra | 20% |
| 65 | Utrata jajnika | |
| 216 | Utrata jednego jajnika | 20% |
| 66 | Uszkodzenie macicy | |
| 217 | Utrata częściowa lub znaczne uszkodzenie macicy | 15% |
| 218 | Utrata całkowita macicy | 40% |

| | | |
|---|--|-----|
| 67 | Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków | |
| 219 | Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków – przetrwały zespół bólowy, małe deformacje | 2% |
| 220 | Uszkodzenia powodujące wypadanie pochwy | 10% |
| 221 | Uszkodzenie powodujące wypadanie pochwy i macicy | 30% |
| J | KRĘGOSŁUP I RDZEŃ KRĘGOWY | |
| 68 | Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego | |
| 222 | Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z niewielką dysfunkcją | 3% |
| 223 | Złamanie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy | 5% |
| 224 | Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy | 10% |
| 225 | Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy | 20% |
| 226 | Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem i niekorzystnym ustawieniem głowy | 40% |
| Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 40%. | | |
| 69 | Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego | |
| 227 | Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją | 2% |
| 228 | Złamanie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją | 4% |
| 229 | Złamanie, zwłknięcie w obrębie kręgosłupa piersiowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 1/2 normy | 8% |
| 230 | Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem i zniekształceniami | 20% |
| Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 20%. | | |
| 70 | Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego | |
| 231 | Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z niewielką dysfunkcją | 2% |
| 232 | Złamanie w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy | 5% |
| 233 | Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy | 10% |
| 234 | Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy | 20% |
| 235 | Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem, zniekształceniami i niekorzystnym ustawieniem tułowia | 40% |
| Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego nie może przekroczyć 40%. | | |
| 71 | Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościstych i poprzecznych | |
| 236 | Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościstych i poprzecznych za każdy wyrostek | 1% |
| Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku orzeczanego według pozycji 236 wynosi 5%. | | |
| 72 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe | |
| 237 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bólowe | 5% |
| 238 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów | 8% |
| 239 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia | 15% |
| 240 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia | 25% |
| 241 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bólowe | 5% |
| 242 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bóle i zaburzenia czucia | 7% |
| 243 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bólowe | 5% |
| 244 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów | 8% |
| 245 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia | 15% |
| 246 | Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia | 25% |

| | | |
|-----------|---|------|
| 247 | Bóle guziczne, w tym złamanie kości guzicznej | 4% |
| 73 | Uszkodzenie rdzenia kręgowego | |
| 248 | Porażenie kończyn górnych lub dolnych (0°-1° wg Lovetta) lub głęboki niedowład cztero kończynowy (2° wg Lovetta) | 100% |
| 249 | Głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° wg Lovetta), niedowład cztero kończynowy (3° wg Lovetta) | 80% |
| 250 | Umiarkowany niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° wg Lovetta) | 60% |
| 251 | Niewielki niedowład kończyn górnych (4° wg Lovetta) lub dolnych (4° wg Lovetta) z zaburzeniami funkcji zwieraczy i narządów płciowych | 40% |
| 252 | Niewielki niedowład kończyn górnych lub dolnych (4° wg Lovetta) | 20% |
| 253 | Porażenie lub głęboki niedowład jednej kończyny (0°-2° wg Lovetta), zespół stożka rdzenia | 30% |
| 254 | Niedowład jednej kończyny górnej (3° wg Lovetta) | 20% |
| 255 | Niedowład jednej kończyny górnej (4° wg Lovetta) | 15% |
| 256 | Niedowład jednej kończyny dolnej (3° wg Lovetta) | 15% |
| 257 | Niedowład jednej kończyny dolnej (4° wg Lovetta) | 10% |
| 258 | Izolowane porażenie / niedowład pęcherza moczowego i odbytu po uszkodzeniu rdzenia na poziomie S2-S4 | 15% |

Uwaga: jeśli skutki urazu nakładają się na istniejące przed urazem choroby kręgosłupa (zwyrodnienie, dyskopatie, wady kręgosłupa, osteoporoza, inne przewlekłe choroby kręgow), wartość przyznanego uszczerbku zostanie zmniejszona o:

20% – przy zmianach chorobowych na tym samym poziomie kręgosłupa,

40% – przy zmianach chorobowych wielomiejscowych w tym samym odcinku kręgosłupa,

60% – przy zmianach kostnych uogólnionych (np. osteoporoza).

Za pourazową uważa się przepuklinę jądra miażdżystego dokonaną (tzn. z uszkodzeniem pierścienia włóknistego) w następstwie dźwignięcia nadmiernego ciężaru, urazu bezpośredniego lub urazu komunikacyjnego. Taki mechanizm powstania przepukliny musi wynikać zarówno z opisu zdarzenia, jak i z dokumentacji medycznej. Nadmierny ciężar, przy przeciętnej budowie ciała, to: dla kobiet: więcej niż 30 kg, dla mężczyzn: więcej niż 50 kg.

K KOŃCZYNA GÓRNA

74 Uszkodzenia łopatki

| | | |
|-----|--|-----|
| 259 | Złamanie łopatki wygojone – bez istotnych zaburzeń funkcji | 5% |
| 260 | Złamanie łopatki wygojone z niewielkim upośledzeniem funkcji | 8% |
| 261 | Złamanie łopatki wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i upośledzeniem funkcji | 15% |
| 262 | Złamanie łopatki wygojone z dużymi przemieszczeniami i dużym upośledzeniem funkcji | 30% |

75 Uszkodzenia obojczyka

| | | |
|-----|--|-----|
| 263 | Złamanie obojczyka wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji | 3% |
| 264 | Złamanie obojczyka wygojone z niewielkim zaburzeniem ruchomości (do 1/3 normy) | 5% |
| 265 | Złamanie obojczyka wygojone z umiarkowanym zaburzeniem ruchomości (od 1/3 do 2/3 normy) | 10% |
| 266 | Złamanie obojczyka wygojone ze znacznym zaburzeniem ruchomości (powyżej 2/3 normy) | 15% |
| 267 | Staw rzekomy obojczyka – dodatkowo | 10% |
| 268 | Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – niewielkie ograniczenie ruchów | 5% |
| 269 | Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – ze znacznym ograniczeniem ruchów, zdolności dźwignięcia i znieszczeniem | 15% |
| 270 | Powikłania po urazie obojczyka: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo | 5% |

76 Uszkodzenia barku

| | | |
|-----|--|-----|
| 271 | Skręcenie stawu barkowego – z zespołem bólowym lub dyskretną dysfunkcją | 2% |
| 272 | Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – niewielkie ograniczenie ruchomości (do 1/3 normy) | 5% |
| 273 | Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – średnie ograniczenie ruchomości (1/3-2/3 normy) | 10% |
| 274 | Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – znaczne ograniczenie ruchomości (powyżej 2/3 normy) | 15% |
| 275 | Całkowite zeszczywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo korzystne | 30% |
| 276 | Całkowite zeszczywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo niekorzystne | 40% |
| 277 | Powikłania po urazie barku: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo | 5% |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 278 | Utrata kończyny w barku | 75% |
| 279 | Utrata kończyny wraz z łopatką | 80% |
| 77 | Uszkodzenia ramienia | |
| 280 | Złamanie trzonu kości ramiennej – wygojone bez przemieszczenia ani zaburzeń funkcji | 5% |
| 281 | Złamanie kości ramiennej wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji | 10% |
| 282 | Złamanie kości ramiennej wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji | 15% |
| 283 | Złamanie kości ramiennej wygojone ze znacznym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji | 20% |
| 284 | Powikłania po złamaniu kości ramiennej: przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu – dodatkowo | 10% |
| 285 | Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z niewielkim upośledzeniem funkcji | 5% |
| 286 | Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z umiarkowanym upośledzeniem funkcji | 8% |
| 287 | Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – ze znacznym upośledzeniem funkcji | 15% |
| 288 | Utrata kończyny w obrębie ramienia | 70% |
| 78 | Uszkodzenia stawu łokciowego | |
| 289 | Skręcenie, stłuczenie stawu łokciowego z niewielkim zniekształceniem lub przewlekłym zespołem bólowym | 2% |
| 290 | Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości stawu do 1/3 normy | 5% |
| 291 | Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy | 10% |
| 292 | Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego i głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy | 20% |
| 293 | Całkowite zeszytywnienie stawu łokciowego w wyniku jego złamań | 30% |
| 294 | Powikłania po złamaniu w stawie łokciowym: przewlekły stan zapalny, przetoki – dodatkowo | 5% |
| 295 | Utrata kończyny na wysokości stawu łokciowego | 65% |
| 79 | Uszkodzenia przedramienia | |
| 296 | Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka do 1/3 normy | 5% |
| 297 | Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka w zakresie 1/3 – 2/3 normy | 10% |
| 298 | Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka powyżej 2/3 normy | 20% |
| 299 | Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z niewielkim zaburzeniem funkcji | 5% |
| 300 | Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z umiarkowanymi zaburzeniami funkcji | 12% |
| 301 | Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia wygojone z dużymi zaburzeniami funkcji | 25% |
| 302 | Izolowane uszkodzenie mięśni, ścięgien, naczyń w obrębie przedramienia z upośledzeniem funkcji | 10% |
| 303 | Powikłania po urazie przedramienia: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, staw rze- komy – dodatkowo | 5% |
| 304 | Utrata kończyny w obrębie przedramienia | 60% |
| 80 | Uszkodzenia nadgarstka | |
| 305 | Skręcenie, stłuczenie stawu nadgarstkowego z niewielkim zniekształceniem lub przewlekłym zespołem bólowym | 2% |
| 306 | Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości do 1/3 zakresu normy | 5% |
| 307 | Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości od 1/3 do 2/3 zakresu normy | 10% |
| 308 | Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 zakresu normy | 20% |
| 309 | Całkowite zeszytywnienie w obrębie nadgarstka w wyniku złamań stawu | 30% |
| 310 | Powikłania po uszkodzeniu nadgarstka: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, ze- spół cieśni nadgarstka – dodatkowo | 5% |
| 311 | Utrata ręki w nadgarstku | 55% |

Uwaga: w przypadku współistniejących uszkodzeń nerwów przy ocenie stopnia uszczerbku z pozycji 272-309 dodatkowo uwzględnia się połowę wartości uszczerbku przewidzianej za uszkodzenie nerwów całkowite lub częściowe w pkt. 14.
Maksymalna wartość uszczerbku za uszkodzenia kończyny górnej nie może przekraczać wartości uszczerbku za jej utratę na odpowiedniej wysokości.

| 81 | Uszkodzenia śródreżca, kciuka | |
|-----------|---|-----|
| 312 | Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka z niewielkim upośledzeniem ruchomości palca | 3% |
| 313 | Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka z umiarkowanym upośledzeniem ruchomości palca | 6% |
| 314 | Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka ze znacznym upośledzeniem ruchomości palca | 10% |
| 315 | Złamanie II, III, IV lub V kości śródreżca po wygojeniu: nieprzemieszczone lub bez ograniczenia ruchomości palców | 2% |
| 316 | Złamanie II, III, IV lub V kości śródreżca po wygojeniu: przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości palców | 4% |
| 317 | Wykręcenie w stawie śródreżca-paliczkowym lub międzypaliczkowym kciuka z ograniczeniem ruchomości | 3% |
| 318 | Złamania i zwłknięcia I kości śródreżca – bez przemieszczenia lub ograniczenia ruchomości kciuka | 3% |
| 319 | Złamania i zwłknięcia I kości śródreżca – z przemieszczeniem utrwalonym lub z ograniczeniem ruchomości kciuka | 5% |
| 320 | Złamanie jednego paliczka kciuka: nieprzemieszczone, bez zaburzeń ruchomości | 3% |
| 321 | Złamanie jednego paliczka kciuka: trwale przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości | 5% |
| 322 | Utrata opuszki kciuka, trwała utrata płytki paznokciowej, powikłania neurologiczne lub naczyniowe | 2% |
| 323 | Utrata paliczka paznokciowego kciuka | 6% |
| 324 | Utrata paliczka paznokciowego z 1/3 paliczka podstawowego kciuka | 10% |
| 325 | Utrata obu paliczków lub bezużyteczność kciuka | 20% |
| 326 | Utrata obu paliczków kciuka z kością śródreżca | 25% |

Uwaga: o stopniu zaburzeń czynności kciuka decyduje zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu. Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia kciuka wynosi 20%.

| 82 | Uszkodzenia palca wskazującego | |
|-----------|--|------|
| 327 | Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone bez przemieszczenia i bez trwałych zaburzeń ruchomości – za każdy paliczek | 1,5% |
| 328 | Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone z przemieszczeniem i trwałym ograniczeniem ruchomości – za każdy paliczek | 3% |
| 329 | Wykręcenie palca wskazującego – z ograniczeniem ruchomości | 2% |
| 330 | Utrata opuszki lub płytki paznokciowej palca wskazującego | 2% |
| 331 | Utrata paliczka palca wskazującego – za każdy paliczek | 5% |
| 332 | Utrata palca wskazującego z kością śródreżca | 20% |
| 333 | Niewielkie ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien | 3% |
| 334 | Umiarkowane ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien | 6% |
| 335 | Znaczne ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien | 10% |
| 336 | Powikłania neurologiczne, naczyniowe po uszkodzeniu palca wskazującego – dodatkowo | 3% |
| 337 | Bezużyteczność palca wskazującego | 15% |

Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca wskazującego wynosi 15%.

| 83 | Uszkodzenia palca III, IV, V | |
|-----------|---|------|
| 338 | Utrata paliczka palca III, IV, V za każdy paliczek | 3% |
| 339 | Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca | 12% |
| 340 | Złamanie paliczka palca III, IV, V – za każdy paliczek | 2% |
| 341 | Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z niewielkim ograniczeniem ruchomości palca | 1,5% |
| 342 | Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości palca | 3% |
| 343 | Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V ze znacznym ograniczeniem ruchomości palca | 5% |
| 344 | Bezużyteczność palca granicząca z utratą – za każdy palec | 10% |

Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca III, IV, V wynosi 10% za każdy palec. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać 55%.

| L | MIEDNICA | |
|--|---|-----|
| 84 | Pourazowe utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego | |
| 345 | Uszkodzenia niewielkiego stopnia – bez zaburzeń chodu | 5% |
| 346 | Uszkodzenia umiarkowanego stopnia – z zespołem bólowym i niewielkimi zaburzeniami chodu | 10% |
| 347 | Uszkodzenia znacznego stopnia – ze skróceniem kończyny ponad 3 cm i dużymi zaburzeniami chodu | 25% |
| 85 | Złamania, zwichnięcia miednicy jedno- lub wielomiejscowe | |
| 348 | Złamanie kości łonowej, kulszowej: jednostronne | 5% |
| 349 | Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – bez zaburzeń chodu ani statyki | 10% |
| 350 | Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – z zaburzeniami chodu i statyki | 20% |
| 351 | Złamanie izolowane – talerz biodrowy, kołec biodrowy, guz kulszowy | 5% |
| 352 | Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie I° z niewielkim ograniczeniem funkcji | 10% |
| 353 | Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie II° ze średnim ograniczeniem funkcji | 15% |
| 354 | Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie III° z dużym ograniczeniem funkcji | 30% |
| M | KOŃCZYNA DOLNA | |
| 86 | Uszkodzenia biodra | |
| 355 | Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich do 1/3 zakresu normy | 5% |
| 356 | Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich w zakresie 1/3-2/3 normy | 10% |
| 357 | Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich powyżej 2/3 zakresu normy | 30% |
| 358 | Całkowite zeszywnienie stawu biodrowego | 50% |
| 359 | Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami niewielkiego stopnia (deficyt ruchów do 1/3 zakresu normy, skrócenie kończyny do 2 cm, niewielkie zniekształcenie / przemieszczenie) | 10% |
| 360 | Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami średniego stopnia (deficyt ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy, skrócenie od 2 do 4 cm, umiarkowane zniekształcenie / przemieszczenie) | 20% |
| 361 | Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami dużego stopnia (deficyt ruchów powyżej 2/3 zakresu normy, skrócenie powyżej 4 cm, duże przemieszczenie / zniekształcenie, przewlekłe zapalenie kości, przetoki) | 40% |
| 362 | Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości umiarkowanym | 20% |
| 363 | Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości znacznym | 40% |
| 364 | Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej | 80% |
| 87 | Uszkodzenia uda | |
| 365 | Złamanie kości udowej – z niewielkimi zmianami | 7% |
| 366 | Złamanie kości udowej – ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, umiarkowanym upośledzeniem chodu | 15% |
| 367 | Złamanie kości udowej – z ograniczeniem ruchów w stawach sąsiednich – z ciężkimi zmianami, zapaleniem kości, przetokami, skróceniem kończyny ponad 6 cm, znacznym upośledzeniem chodu | 30% |
| 368 | Utrwalone ubytki kości udowej, stawy rzekome, zapalenie kości, przetoki uniemożliwiające obciążanie kończyny | 50% |
| 369 | Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu niewielkim | 2% |
| 370 | Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu umiarkowanym | 5% |
| 371 | Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu znacznym | 10% |
| 372 | Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe, zmiany troficzne uda – z trwałymi zaburzeniami funkcji | 12% |
| 373 | Utrata kończyny na poziomie 1/3 bliższej | 70% |
| Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia uda wynosi 70%. | | |
| 88 | Uszkodzenia kolana | |
| 374 | Izolowane złamanie lub zwichnięcie rzepki, bez ograniczeń ruchomości stawu | 2% |
| 375 | Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – mate koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów do 1/3 zakresu normy | 5% |

| | | |
|---|--|---------|
| 376 | Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – średnie koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy | 10% |
| 377 | Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – duże koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów powyżej 2/3 zakresu normy | 20% |
| 378 | Pełne zeszczywnienie stawu kolanowego w następstwie złamań nasad tworzących staw kolanowy | 30% |
| 379 | Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa I° | 5% |
| 380 | Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa II° lub dwupłaszczyznowa niestabilność I° | 10% |
| 381 | Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa niestabilność II° | 15% |
| 382 | Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność dwupłaszczyznowa III° | 20% |
| 383 | Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność wielopłaszczyznowa II° lub III° | 30% |
| 384 | Częściowe usunięcie tkanki | 2% |
| 385 | Całkowite uszkodzenie tkanki | 5% |
| 386 | Inne skutki urazów stawu kolanowego – nawracające stany zapalne, ropne, troficzne, chondromalacja | 1% – 5% |
| 387 | Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego | 60% |
| 89 | Uszkodzenia podudzia | |
| 388 | Złamanie kości podudzia – wygojone bez przemieszczenia ani zniekształceń, z ograniczeniem ruchomości w stopniu niewielkim | 5% |
| 389 | Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny do 3 cm, ograniczeniem ruchomości w stopniu umiarkowanym | 10% |
| 390 | Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, z ograniczeniem ruchomości w stopniu znacznym | 20% |
| 391 | Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, zmianami wtórnymi – ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z dużym upośledzeniem chodu | 30% |
| 392 | Izolowane złamanie strzałki bez kostki bocznej | 3% |
| 393 | Zakrzepica żył głębokich wiktająca gojenie urazów podudzia | 5% |
| 394 | Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – z niewielkim ograniczeniem ruchomości stopy | 5% |
| 395 | Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze średnim ograniczeniem ruchomości stopy | 10% |
| 396 | Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze znacznym ograniczeniem ruchomości stopy | 20% |
| 397 | Utrata podudzia | 50% |
| Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia podudzia wynosi 70%. | | |
| 90 | Uszkodzenia stopy i stawów skokowych | |
| 398 | Skręcenie stawu skokowego – z przewlekłym, niewielkim obrzękiem lub dyskretną dysfunkcją | 2% |
| 399 | Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – z niewielkim ograniczeniem ruchomości | 5% |
| 400 | Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – ze średnim ograniczeniem ruchomości | 10% |
| 401 | Uszkodzenia stawu skokowego w następstwie złamania kości tworzących staw, wykręceń, zwichnięć, zranień, ciał obcych i blizn ze znacznym ograniczeniem ruchomości | 20% |
| 402 | Powikłania po uszkodzeniu stawu skokowego: zapalenie kości, stawów, przetoki, martwica aseptyczna, zmiany neurologiczne – dodatkowo | 5% |
| 403 | Złamanie kości piętowej lub skokowej bez przemieszczenia – wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji | 3% |
| 404 | Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – niewielkiego stopnia | 5% |
| 405 | Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – średniego stopnia | 10% |
| 406 | Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – znacznego stopnia | 20% |
| 407 | Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone bez przemieszczenia | 3% |
| 408 | Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone z przemieszczeniami lub zaburzeniami funkcji | 5% |

| | | |
|-----|---|------|
| 409 | Inne trwałe zmiany dynamiki stopy (bez stawu skokowego) – w następstwie skręceń, uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń | 1-5% |
| 410 | Utrata stopy w obrębie kości śródstopia | 25% |
| 411 | Utrata kości piętowej lub skokowej w całości | 30% |
| 412 | Utrata stopy w całości | 40% |

Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia stopy wynosi 40%.

| | | |
|-----------|--|------|
| 91 | Uszkodzenia palców stopy | |
| 413 | Złamanie jednego paliczka, utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej palucha | 1% |
| 414 | Utrata paliczka paznokciowego palucha | 3% |
| 415 | Utrata całego palucha | 7% |
| 416 | Utrata palucha wraz z kością śródstopia | 15% |
| 417 | Inne trwałe zaburzenia funkcji palucha w następstwie uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń | 1-6% |
| 418 | Trwała utrata płytki paznokciowej palców II-V – za jeden palec | 0,5% |
| 419 | Złamania, niewielkie trwałe uszkodzenia, częściowa utrata palców od II do V – za jeden palec | 1% |
| 420 | Znaczne trwałe uszkodzenia i całkowita utrata palców od II do V – za jeden palec | 2% |
| 421 | Utrata jednego z palców II-V z kością śródstopia – za każdy palec | 8% |

N SKÓRA

| | | |
|-----------|---|------|
| 92 | Blizny | |
| 422 | Blizny skóry poniżej 3 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy | 0,5% |
| 423 | Blizny skóry od 3 cm do 4,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy | 1% |
| 424 | Blizny skóry od 5 cm do 9,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy | 2% |
| 425 | Blizny skóry od 10 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy | 5% |

Uwaga: ocenie podlegają wyłącznie blizny będące bezpośrednim następstwem urazu. Blizny pooperacyjne oceniane są razem ze skutkami urazu w ramach pozycji Tabeli właściwych dla tych następstw.

| | | |
|-----------|--|----|
| 93 | Następstwa oparzeń skóry stopnia I | |
| 426 | Następstwa oparzeń skóry w postaci przebarwień powyżej 1% TBSA | 2% |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 94 | Następstwa oparzeń skóry od stopnia II | |
| 427 | Następstwa oparzeń skóry owłosionej głowy za każdą bliznę powyżej 10 cm ² | 5% |
| 428 | Następstwa oparzeń skóry twarzy za każdą bliznę powyżej 10 cm ² | 10% |
| 429 | Następstwa oparzeń skóry szyi za każdą bliznę powyżej 10 cm ² | 10% |
| 430 | Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców do 1% TBSA | 5% |
| 431 | Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 1% i nie więcej niż 5% TBSA | 10% |
| 432 | Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 5% TBSA | 20% |
| 433 | Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych do 0,5% TBSA | 1% |
| 434 | Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA | 3% |
| 435 | Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 1,5% i nie więcej niż 5% TBSA | 10% |
| 436 | Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 5% TBSA | 15% |
| 437 | Następstwa oparzeń skóry dłoni do 0,5% TBSA | 1% |
| 438 | Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA | 5% |
| 439 | Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 1,5% TBSA | 10% |

Uwaga: ocenie z pozycji 427-439 podlegają wyłącznie skutki oparzeń od stopnia II. Trwałe zaburzenia funkcji narządów lub kończyn w wyniku oparzenia należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli, najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia.
TBSA (ang. total body surface area) – całkowita powierzchnia ciała

| O SKUTKI NAGŁEGO DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH, BIOLOGICZNYCH | | |
|--|--|----|
| 95 | Skutki nagłego działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych | |
| 440 | Skutki nagłego działania czynników chemicznych lub fizycznych (z utratą przytomności lub reakcją anafilaktyczną lub hospitalizacją) | 5% |
| 441 | Skutki nagłego działania czynników biologicznych (z hospitalizacją i wystąpieniem deficytów neurologicznych) | 5% |
| Uwaga: trwałe zaburzenia funkcji narządów lub układów w wyniku działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia. | | |
| P INNE SKUTKI URAZÓW | | |
| 96 | Inne skutki urazów | |
| 442 | Skutki urazów, które wymagały leczenia i rehabilitacji przez okres dłuższy niż: - 3 miesiące - jeśli w dniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony miał mniej niż 18 lat, - 6 miesięcy - w przypadku pozostałych Ubezpieczonych, o ile nie pozostawiły one trwałych następstw i w związku z tym Ubezpieczonemu nie przysługuje żadne inne świadczenie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu. | 1% |

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 20 kwietnia 2022 r. i wszedł w życie 1 czerwca 2022 r.

„Assistance Wypadkowy”

Co zyskujesz w razie wypadku?

- **Pomoc w diagnostyce i leczeniu**
Zorganizujemy i opłacimy 10 świadczeń medycznych, takich jak m.in.: konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, badania specjalistyczne, w tym: RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.
- **Wsparcie assistance w leczeniu i powrocie do zdrowia**
Zapewnimy m.in.: transport medyczny, rehabilitację (do 30 zabiegów), organizację i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz dostęp przez 6 miesięcy do Neuroformy – platformy, która ułatwia rehabilitację.
- **Organizacja i pokrycie kosztów zabiegu operacyjnego**
Pokryjemy koszty nawet do 20 000 zł.
- **Pokrycie kosztów operacji plastycznej**
Pokryjemy koszty do 8000 zł.

Warto wiedzieć

„Assistance Wypadkowy” możesz też zakupić dla swojego dziecka i partnera.

Jak skorzystać z assistance?

Wszystkie informacje znajdziesz na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY” (ANNW/TZ/3/2024)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 2 ust. 4-7 Art. 7 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY” (ANNW/TZ/3/2024)

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 ułatwią 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego i nie jest członkiem jego rodziny
3. **Leki** – przepisane przez lekarza Ubezpieczonego:
 - a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” oraz
 - b) leki recepturowe,których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
4. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
5. **Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
6. **Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej** – stan zagrożenia życia, który wskazujemy poniżej i który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego:
 - a) zatrucie lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utrata przytomności, omdlenie, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty,
 - b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród,
 - c) rozległe rany z krwawieniem, które są efektem urazu oraz urazy, które uniemożliwiają samodzielne poruszanie się,
 - d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażen i niedowładów,
 - e) ciężka reakcja anafilaktyczna na ukąszenia, leki lub środki spożywcze
7. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków

8. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia mu samodzielne funkcjonowanie
9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wycieczkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
10. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; Transportem Medycznym nie jest transport na wizyty kontrolne oraz dojazd do poradni rehabilitacyjnej
11. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat (w przypadku Dziecka – mniej niż 18 lat) i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
12. **Wykaz Procedur Medycznych** – Załącznik nr 1 do tego dokumentu, który zawiera procedury medyczne, objęte ubezpieczeniem
13. **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)
14. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarnictwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szubownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
15. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków
16. **Zabieg Operacyjny** – operacja ortopedyczna, laryngologiczna lub chirurgiczna, której celem jest leczenie urazów doznanych przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Zabieg Operacyjny musi być przeprowadzany w warunkach bloku operacyjnego. Zabiegiem Operacyjnym nie jest zabieg:
 - a) wykonywany w celu leczenia choroby nowotworowej,
 - b) wykonywany w celach diagnostycznych,
 - c) związany z leczeniem wad wrodzonych,
 - d) przeprowadzony w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków Nieszczęśliwych Wypadków,
 - e) cięcia cesarskiego.

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1, dla Ubezpieczonego, który w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:
 - zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 1, oraz
 - Wykaz Procedur Medycznych.
 - b) organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance i telemedycyny, które wskazujemy w Tabeli nr 2, dla Ubezpieczonego, który w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulega Nieszczęśliwemu

Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:

- zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 2 oraz
- Wykaz Procedur Medycznych.

- c) 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 i pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do wysokości 8 000 zł w odniesieniu do

jednego Nieszczęśliwego Wypadku. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.

3. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz w Wykazie Procedur Medycznych i które są realizowane:

- a) za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
- b) na terenie Polski.

Tabela nr 1 Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

| Rodzaj świadczenia medycznego | Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek |
|--|---|
| 1. Wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry w Placówce Medycznej lub miejscu pobytu Ubezpieczonego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) wraz z kosztami dojazdu lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry oraz kosztami jego honorarium, o ile nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej. | |
| Po uzyskaniu skierowania od Lekarza Prowadzącego: | |
| 2. Konsultacja chirurga | |
| 3. Konsultacja okulisty | |
| 4. Konsultacja otolaryngologa | |
| 5. Konsultacja neurologa | |
| 6. Konsultacja ortopedy | |
| 7. Konsultacja kardiologa | |
| 8. Konsultacja pulmonologa | |
| 9. Konsultacja neurochirurga | Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania, maksymalnie 10 świadczeń medycznych |
| 10. Konsultacja psychologa | |
| 11. Konsultacja ginekologa | |
| 12. Konsultacja hepatologa | |
| Świadczenia z pkt 13-19 są realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych: | |
| 13. Zabiegi ambulatoryjne | |
| 14. Diagnostyka laboratoryjna Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych badań na jednym skierowaniu, które wystawił Lekarz Prowadzący w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem. | |
| 16. Badania radiologiczne (RTG) | |
| 17. Badania ultrasonograficzne (USG) | |
| 18. Rezonans magnetyczny | 1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych |
| 19. Tomografia komputerowa | 1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych |

Tabela nr 2 Świadczenia assistance i telemedycyny dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

| Rodzaj i opis świadczenia | Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek |
|--|--------------------------------------|
| I. Świadczenia assistance dla Ubezpieczonego | |
| 1. Organizacja i pokrycie kosztów Zabiegu Operacyjnego | 20 000 zł |
| Zorganizujemy i pokryjemy koszty Zabiegu Operacyjnego, którego przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego. | |

| | |
|--|---|
| 2. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego | 30 zabiegów |
| Zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji Ubezpieczonego, której przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego. W zależności od wyboru Ubezpieczonego mogą to być: | |
| a) wizyty fizyoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo | |
| b) wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej, | |
| realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych. | |
| 3. Transporty Medyczne Ubezpieczonego i osoby przez niego wskazanej | 20 Transportów Medycznych |
| Jeśli nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego: | |
| a) z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt lub wizyta Ubezpieczonego w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego. | |
| b) z Placówki Medycznej do innej Placówki Medycznej, gdy Ubezpieczony zostanie skierowany na badania specjalistyczne lub Zabieg Operacyjny w innej Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego. | |
| c) do miejsca pobytu Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony przebywa w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego. | |
| 4. Pomoc psychologa | maksymalnie 3 wizyty lub zdalne konsultacje |
| Zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego, wizyt u psychologa lub zdalnych konsultacji z psychologiem, gdy – zgodnie ze skierowaniem od Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga skorzystania z pomocy psychologa. | |
| 5. Leczenie stomatologiczne | 2000 zł |
| Zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia stomatologicznego, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga takiego leczenia. | |
| 6. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego | 700 zł |
| Zapewnimy usługi, które wymieniamy niżej, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego: | |
| a) organizacja i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego i | |
| b) pokrycie kosztów zakupu albo wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego). | |
| 7. Zakup i dostarczenie Leków lub środków opatrunkowych | 300 zł |
| Pokryjemy koszt zakupu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków i środków opatrunkowych, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga przyjmowania przepisanych Leków lub korzystania ze środków opatrunkowych. | |
| II. Telemedycyna | Maksymalnie 6 porad lekarskich w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony ubezpieczeniowej |
| Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem czatu, które obejmują usługi wymienione w pkt a)-d). W ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy. | |
| a) wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych) | |
| b) zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych) | |
| c) zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość) | |
| d) zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań. | |
| III. Infolinia medyczna | bez limitu |
| W ramach infolinii medycznej zapewnimy telefoniczny dostęp do informacji dotyczących: | |
| a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych, | |
| b) diet, metod zdrowego żywienia, | |
| c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży, | |
| d) danych teledadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, | |
| e) danych teledadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, | |
| f) danych teledadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, | |
| g) danych teledadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów, | |
| h) danych teledadresowych aptek czynnych przez całą dobę. | |

4. Ubezpieczenie w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:
 - a) wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
 - b) 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,
 - c) 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).
5. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyższenie organizmu o charakterze nawykowym, zmęczeniu lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które jest potwierdzone w dokumentacji medycznej i skutkuje negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
6. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów, który wskazujemy w Tabeli nr 2, to zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem.
7. Jeżeli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptaczysz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłytnie 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 zawarteś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie zawieramy kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – informuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, to ma obowiązek:

- a) złożyć wniosek o realizację świadczenia wraz z dokumentami, które wskazujemy jako niezbędne do określenia, czy i w jakiej wysokości świadczenie jest należne,
- b) współpracować z Centrum Operacyjnym w zakresie organizacji i realizacji świadczeń, w tym uzgodnienia miejsca realizacji świadczenia,
- c) w przypadku, gdy Nieszczęśliwy Wypadek wydarzył się za granicą – dostarczyć dokumentację medyczną, która potwierdza zajście i okoliczności tego wypadku przetłumaczoną na język polski albo język angielski.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz Wiek Ubezpieczonego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ, KTÓRE SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

1. Abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu lub w jakiej wysokości, potrzebujemy:

- a) wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
 3. Zawiadomienie o zajściu Nieszczęśliwego Wypadku można złożyć:
 - a) telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - b) pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
 - c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
 4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości, to spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
 5. Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
 6. Centrum Operacyjne w porozumieniu z Ubezpieczonym ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Organizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu lub w jakiej wysokości.
 7. Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Ubezpieczonym Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ubezpieczonego o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit kosztów lub świadczeń.

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, któremu uległ Ubezpieczony został spowodowany lub miał miejsce:
 - a) 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,
 - b) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
 - c) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.
 - e) w związku z poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie takiego leczenia było zalecone przez Lekarza Prowadzącego,
 - f) 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,
 - g) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - h) wskutek zakażenia wirusem HIV,
 - i) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - j) 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,
- k) wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
 - l) wskutek leczenia eksperymentalnego Ubezpieczonego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
 - m) 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.

2. Gdy na skutek Siły Wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assistan- ce, o których mowa w Tabeli nr 2, zwracamy poniesione i udokumen- towane koszty do wysokości limitów wskazanych w Tabeli nr 2.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
4. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wy- konanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej, strajków, Aktów Terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania ra- dioaktywnego, epidemii, a także ograniczeń w poruszaniu się, które zostały wprowadzone przez władze państwowe.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 23/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY”

WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

| PROCEDURY MEDYCZNE | |
|--------------------|---|
| 1. | ZABIEGI AMBULATORYJNE |
| 1) | AMBULATORYJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE |
| a) | Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych |
| b) | Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu |
| c) | Usunięcie szwów |
| d) | Zmiana opatrunku |
| e) | Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg) |
| f) | Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojczykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego) |
| g) | Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa) |
| h) | Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn |
| i) | Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych |
| j) | Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite |
| 2) | AMBULATORYJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE |
| a) | Usunięcie ciała obcego, śródnosowe |
| 3) | AMBULATORYJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE |
| a) | Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki |
| b) | Usunięcia ciała obcego lub złogu w obrębie układu wzowego, przewody wzowe |
| c) | Wstrzyknięcie podspojówkowe |
| 4) | AMBULATORYJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE |
| a) | Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców) |
| b) | Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć) |
| c) | Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców) |
| d) | Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć) |
| e) | Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną |
| f) | Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie |
| g) | Zastosowanie gipsu biodrowego |
| h) | Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny) |
| i) | Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia) |
| j) | Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy) |
| k) | Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz) |
| l) | Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego |
| m) | Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny |
| n) | Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna) |
| o) | Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna) |
| 2. | DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA |

| | |
|-----|--|
| 1) | Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) |
| 2) | Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów |
| 3) | Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów |
| 4) | Morfologia krwi obwodowej, retikulocytoza – ręcznie |
| 5) | Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – nieautomatycznie |
| 6) | Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – automatycznie |
| 3. | BADANIA RADIOLOGICZNE |
| 1) | Badanie radiologiczne – czaszka |
| 2) | Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, jedna projekcja: czołowa PA |
| 3) | Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, dwie projekcje: czołowa PA i boczna |
| 4) | Badanie radiologiczne – żuchwa |
| 5) | Badanie radiologiczne – układ kostny twarzy |
| 6) | Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku) |
| 7) | Badanie radiologiczne – żebra, jednostronne |
| 8) | Badanie radiologiczne – żebra, obustronne |
| 9) | Badanie radiologiczne – mostek |
| 10) | Badanie radiologiczne – staw lub stawy mostkowo-obojczykowe |
| 11) | Badanie radiologiczne – kręgosłup (całość), badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna |
| 12) | Badanie radiologiczne – kręgosłup szyjny |
| 13) | Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy), w pozycji stojącej (skolioza) |
| 14) | Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowy) |
| 15) | Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy) |
| 16) | Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek lędźwiowo-krzyżowy) |
| 17) | Badanie radiologiczne – miednica |
| 18) | Badanie radiologiczne – stawy krzyżowo-biodrowe |
| 19) | Badanie radiologiczne – kość krzyżowa i kość ogonowa |
| 20) | Badanie radiologiczne – obojczyk, całkowite |
| 21) | Badanie radiologiczne – łopatką, całkowite |
| 22) | Badanie radiologiczne – bark |
| 23) | Badanie radiologiczne – stawy barkowo-obojczykowe |
| 24) | Badanie radiologiczne – kość ramienna |
| 25) | Badanie radiologiczne – staw łokciowy |
| 26) | Badanie radiologiczne – przedramię |
| 27) | Badanie radiologiczne – nadgarstek |
| 28) | Badanie radiologiczne – ręka |
| 29) | Badanie radiologiczne – palec (palce) ręki |
| 30) | Badanie radiologiczne – biodro |
| 31) | Badanie radiologiczne – kość udowa |
| 32) | Badanie radiologiczne – kolano |
| 33) | Badanie radiologiczne – oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA |
| 34) | Badanie radiologiczne – piszczel i strzałka |
| 35) | Badanie radiologiczne – staw skokowy |
| 36) | Badanie radiologiczne – stopa |

| | |
|-----|---|
| 37) | Badanie radiologiczne – kość piętowa |
| 38) | Badanie radiologiczne – jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA |
| 4. | ULTRASONOGRAFIA |
| 1) | Badanie ultrasonograficzne – klatka piersiowa |
| 2) | Badanie ultrasonograficzne – jama brzuszna |
| 3) | Badanie ultrasonograficzne – miednica |
| 4) | Badanie ultrasonograficzne – moszna i jej zawartość |
| 5) | Badanie ultrasonograficzne – kończyna, nienaczyniowe |
| 5. | REHABILITACJA |
| 1) | Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości |
| 2) | Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości |
| 3) | Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje |
| 4) | Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna |
| 5) | Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów |
| 6) | Kinezytaping |
| 7) | Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia |
| 8) | Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux) |
| 9) | Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet |
| 10) | Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki |
| 11) | Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza |
| 12) | Galwanizacja |
| 13) | Elektrostymulacja |
| 14) | Tonoliza |
| 15) | Prądy diadynamiczne |
| 16) | Prądy interferencyjne |
| 17) | Prądy Kotza |
| 18) | Prądy Tens |
| 19) | Prądy Traberta |
| 20) | Impulsowe pole magnetyczne |
| 21) | Laseroterapia (skaner, punktowo) |
| 22) | Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termozele) |
| 23) | Krioterapia – miejscowa |
| 24) | Krioterapia – zabieg w kriokomorze |
| 6. | TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA |
| 1) | Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, bez kontrastu |
| 2) | Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, bez kontrastu |
| 3) | Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, bez kontrastu |
| 4) | Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, bez kontrastu |
| 5) | Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, bez kontrastu |
| 6) | Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, bez kontrastu |
| 7) | Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu |
| 8) | Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu |

| | |
|-----|---|
| 9) | Tomografia komputerowa – miednica, bez kontrastu |
| 10) | Tomografia komputerowa – kończyna górna, bez kontrastu |
| 11) | Tomografia komputerowa – kończyna dolna, bez kontrastu |
| 12) | Tomografia komputerowa – jama brzuszna, bez kontrastu |
| 13) | Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, z kontrastem |
| 14) | Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem |
| 15) | Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, z kontrastem |
| 16) | Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, z kontrastem |
| 17) | Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, z kontrastem |
| 18) | Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, z kontrastem |
| 19) | Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem |
| 20) | Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem |
| 21) | Tomografia komputerowa – miednica, z kontrastem |
| 22) | Tomografia komputerowa – kończyna górna, z kontrastem |
| 23) | Tomografia komputerowa – kończyna dolna, z kontrastem |
| 24) | Tomografia komputerowa – jama brzuszna, z kontrastem |
| 7. | REZONANS MAGNETYCZNY |
| 1) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, bez kontrastu |
| 2) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), bez kontrastu |
| 3) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), bez kontrastu |
| 4) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), bez kontrastu |
| 5) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), bez kontrastu |
| 6) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), bez kontrastu |
| 7) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, bez kontrastu |
| 8) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu |
| 9) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, bez kontrastu |
| 10) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu |
| 11) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, bez kontrastu |
| 12) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, bez kontrastu |
| 13) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, z kontrastem |
| 14) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), z kontrastem |
| 15) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), z kontrastem |
| 16) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), z kontrastem |
| 17) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), z kontrastem |
| 18) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), z kontrastem |
| 19) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, z kontrastem |
| 20) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem |
| 21) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, z kontrastem |
| 22) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem |
| 23) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, z kontrastem |
| 24) | Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, z kontrastem |

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i wszedł w życie 15 kwietnia 2023 r.

Niezdolność do pracy po NW

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli zostanie u Ciebie stwierdzona trwała i całkowita niezdolność do jakiegokolwiek pracy.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie niezdolności do pracy, to 1 000 000 zł.

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie dotyczy niezdolności do pracy, której przyczyną jest nieszczęśliwy wypadek.

Zwróć uwagę

Niezdolność do pracy, za którą wypłacamy pieniądze, trwa nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NPW/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NPW/TZ/4/2023)

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 ułatwią 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,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku,
 - b) trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i które nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku Niezdolności do Pracy; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **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)

8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarnictwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy. Nieszczęśliwy Wypadek oraz ostatni dzień 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej muszą nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli w czasie 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego 12-miesięcznego okresu nie musi nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 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, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) w dniu, w którym podejmujemy decyzję o wypłacie pieniędzy z tytułu Niezdolności do Pracy,
 - e) 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,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową, w ciągu 60 dni od takiej zmiany.

3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z dnia Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,

- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który spowodował Niezdolność do Pracy, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) 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,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) 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,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Pobyty w szpitalu wskutek NW

Co zyskujesz?

Wyptacimy Ci pieniqdze za pobyt w szpitalu, ktory ma zwiqzek z wypadkiem – juo od pierwszego dnia pobytu.

Warto wiedziec

- Za kaoozy dzien pobytu w szpitalu mozesz otrzymac od 100 zlo do 500 zlo.
- Mozesz otrzymac wiele wyptat z tej umowy – nawet za 120 dni pobytu w szpitalu w ciqgu roku.

Jak otrzymac pieniqdze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie Mój Allianz, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/TZ/4/2023)

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 ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakies są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Dzienne Świadczenie Szpitalne** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe za jeden Dzień Pobytu w Szpitalu; Dzienne Świadczenie Szpitalne wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
3. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia rejestracji do dnia wypisu
4. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
5. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. Pobyt ten musi rozpocząć się w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku i musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu nie jest pobyt na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym. Nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu
6. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zająć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
7. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
8. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:

- a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
9. **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)
 10. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
 11. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 120 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 3 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 Polisyjnego, 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.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczęła Zawodowe Uprawianie Sportu oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:

- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Za Dzień Pobytu w Szpitalu wypłacamy Ubezpieczonemu Dienne Świadczenie Szpitalne.
2. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż jeden dzień, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiednią wielokrotność Dziennego Świadczenia Szpitalnego.
3. Do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, to Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę za pierwsze 30 dni tego pobytu.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Pobyt w Szpitalu.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który jest przyczyną Pobytu w Szpitalu, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) 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,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) 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,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

Koszty leczenia skutków NW

Co zyskujesz?

Zwrócimy Ci koszty poniesione na leczenie po wypadku, które obejmuje: wizyty i badania lekarskie, zabiegi i operacje (bez operacji plastycznych), pobyt w szpitalu, przewiezienie do placówki medycznej, leki i środki opatrunkowe.

Warto wiedzieć

- Otrzymasz zwrot kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.
- Zwrócimy Ci wydatki poniesione na leczenie w Polsce w ciągu 12 miesięcy od wypadku.

Zwróć uwagę

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, czyli do kwoty 50 000 zł.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 2 ust. 4 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/TZ/4/2023)

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 ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Leczenia** – koszty, które zostały poniesione 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
3. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Placówka Medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
5. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Leczenia; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumentacji Ubezpieczenia
7. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
8. **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)
9. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
 10. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot następujących Kosztów Leczenia:
 - a) koszty wizyt lekarskich,
 - b) koszty pobytu w szpitalu,
 - c) koszty zabiegów i operacji, z wyłączeniem operacji plastycznych,
 - d) koszty znieczulenia, w tym koszty jego podania,
 - e) koszty badań,
 - f) koszty przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki Medycznej, w której udzielono mu pomocy medycznej po Nieszczęśliwym Wypadku, w tym koszty wezwania karetki pogotowia,
 - g) koszty nabycia leków, które są dostępne wyłącznie na receptę,
 - h) koszty nabycia środków opatrunkowych.
3. Zwracamy Koszty Leczenia do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.
4. Koszty rehabilitacji nie są Kosztami Leczenia.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upływie 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, w którym otrzymaliśmy 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.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową – w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:

- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
4. Jeśli Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Wypłacamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Leczenia, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku. Limit ten jest taki sam także wtedy, gdy Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi.
3. Jeżeli Koszty Leczenia zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy za wiadomienia o poniesionych Kosztach Leczenia oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,

- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Leczenia; faktura lub rachunek musi zawierać informację o rodzaju poniesionych Kosztów Leczenia i wskazanie osoby, której leczenia te koszty dotyczą.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Leczenia, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) 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,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) 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,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Koszty operacji plastycznych po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Zwrócimy Ci koszty poniesione na operacje plastyczne po wypadku.

Warto wiedzieć

- Otrzymasz zwrot kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.
- Zwrócimy Ci wydatki na operacje przeprowadzone w Polsce w ciągu 24 miesięcy od wypadku.

Zwróć uwagę

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, czyli do kwoty maksymalnie 50 000 zł.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



→ Spis treści

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW OPERACJI PLASTYCZNYCH PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OP/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW OPERACJI PLASTYCZNYCH PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OP/TZ/4/2023)

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 ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa z Umowy Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej albo inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Operacji Plastycznych** – koszty, które zostały poniesione na operacje plastyczne Ubezpieczonego w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni jego ciała powstałych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Operacje muszą być przeprowadzone:
 - a) w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku,
 - b) na terenie Polski i pod kontrolą lekarza
3. **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 z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i które nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Operacji Plastycznych; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
4. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **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)

8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarnictwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot Kosztów Operacji Plastycznych.
3. Zwracamy Koszty Operacji Plastycznych maksymalnie do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.

ART. 3 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, 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.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu,
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
4. Jeśli Nieszczęśliwy Wypadek jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Wypłacamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Operacji Plastycznych, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Jeśli Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi, to łączna kwota wypłat z danej Umowy Dodatkowej też nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. Jeżeli Koszty Operacji Plastycznych zostały poniesione w walucie obcej, kwoty wskazane z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych tabeli ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o poniesionych Kosztach Operacji Plastycznych oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Operacji Plastycznych; faktura lub rachunek musi zawierać wskazanie osoby, która poddała się operacji plastycznej.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Operacji Plastycznych, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) 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,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) 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,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

Dodatkowa ochrona po NW – „Dla Aktywnych”

Co zyskujesz?

- „Dla Aktywnych” rozszerza zakres ochrony w ubezpieczeniach, które zapewniają wsparcie finansowe w razie:
 - trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
 - niezdolności do pracy po nieszczęśliwym wypadku,
 - pobytu w szpitalu po nieszczęśliwym wypadku,
 - leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku.
- Dzięki temu otrzymasz wypłatę z tych ubezpieczeń, jeśli Twój wypadek będzie związany z uprawianiem sportów i aktywności wymienionych w warunkach ubezpieczenia.

Warto wiedzieć

- Lista wyczynowych sportów liczy 40 pozycji – należą do nich m.in. tak popularne sporty, jak: piłka nożna, siatkówka, piłka ręczna, narciarstwo, lekkoatletyka, judo, karate.
- Lista innych sportowych aktywności obejmuje m.in. wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia wypadkowego?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „DLA AKTYWNYCH” (AK/TZ/4/2023)

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO |
|--|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | Art. 8 każdej Umowy Dodatkowej, której zakres ubezpieczenia rozszerzamy oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan” |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”. |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „DLA AKTYWNYCH” (AK/TZ/4/2023)

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** oraz
- **Ogólne warunki ubezpieczenia umowy dodatkowej**, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umów Dodatkowych i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jaką są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak zmienić Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
- Na czym polega indeksacja,
- 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,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- 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.

W **Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej** znajdziesz informacje:

- Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia),
- Jaką są Twoje obowiązki i obowiązki Ubezpieczonego,
- Komu i ile pieniędzy wypłacamy,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

Pojęcia, które piszemy wielką literą, zdefiniowaliśmy w OWU albo w Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową.

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

1. Ubezpieczenie obejmuje rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w Umowach Dodatkowych:
 - a) w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
 - b) w razie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - c) w razie poniesienia kosztów leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - d) w razie poniesienia kosztów operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku,
 - e) w razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 o skutki Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie następujących aktywności Ubezpieczonego:

• Wyczynowe Uprawianie Sportu z poniższej tabeli:

| | | | |
|----|---|----|---|
| 1 | badminton | 21 | pięciobój i dziesięciobój |
| 2 | baseball | 22 | piłka nożna (w tym halowa) |
| 3 | biathlon | 23 | piłka ręczna |
| 4 | bilard | 24 | piłka wodna |
| 5 | curling | 25 | łyżwanie |
| 6 | futbol amerykański | 26 | rugby |
| 7 | gimnastyka z wyłączeniem kulturystyki | 27 | saneczkarstwo z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi |
| 8 | golf | 28 | siatkówka |
| 9 | hokej na trawie i hokej na lodzie | 29 | skoki przez przeszkody z wyłączeniem wyścigów konnych |
| 10 | jazda konna | 30 | snowboarding z wyłączeniem akrobacji oraz snowboarding poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi |
| 11 | kajakarstwo z wyłączeniem kajakarstwa górskiego i górskich sptywów wodnych | 31 | sporty walki bez użycia broni (tj.: aikido, hapkido, judo, karate, kung-fu, taekwondo) |
| 12 | kolarstwo oraz kolarstwo górskie z wyłączeniem odmian ekstremalnych (odmiany ekstremalne to: zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill) | 32 | squash |
| 13 | koszykówka | 33 | surfing i windsurfing |
| 14 | lekkoatletyka | 34 | szermierka sportowa |
| 15 | tucznictwo | 35 | taniec |
| 16 | tyżwiarstwo figurowe | 36 | tenis stołowy |
| 17 | tyżwiarstwo szybkie | 37 | tenis ziemny |
| 18 | narciarstwo alpejskie z wyłączeniem narciarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, skoków i narciarstwa akrobatycznego | 38 | triathlon |
| 19 | narciarstwo biegowe | 39 | wioślarstwo |
| 20 | narty wodne z wyłączeniem akrobacji | 40 | żeglarstwo śródlądowe i przybrzeżne do 25 mil morskich od brzegu |

oraz

- udział w następujących Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Ultra-ty Życia lub Zdrowia, pod warunkiem, że nie są uprawiane w ramach Wyczynowego Uprawiania Sportu ani Zawodowego Uprawiania Sportu:

1. bezdekompresyjne nurkowanie z partnerem poza wrakami i jaskiniami przy użyciu sprzętu z obiegiem otwartym i z zejściem do 40 m. Ubezpieczony musi mieć uprawnienia do nurkowania potwierdzone międzynarodowym certyfikatem (PADI, CMAS) lub nurkowanie musi odbywać się podczas kursu, którego celem jest uzyskanie takich uprawnień w asyście instruktora z aktualnym międzynarodowym certyfikatem uprawniającym do prowadzenia kursu danego rodzaju
2. żeglarstwo morskie i oceaniczne na jednostce, która:
 - a) jest przewidziana na co najmniej siedmiu członków załogi i
 - b) jest prowadzona przez osobę, która ma patent jachtowego sternika morskiego lub kapitana jachtowego Polskiego Związku Żeglarskiego lub adekwatne uprawnienia wydane przez ISSA (Inshore Skipper, Offshore Skipper lub Master of Yacht)

-
- 3 wspinaczka skałkowa poniżej 4000 m n.p.m. z użyciem specjalistycznego sprzętu, na drogach do 5 klasy trudności włącznie wg klasyfikacji UIAA, V klasyfikacji polskiej, 4b brytyjskiej, 5.7 północnoamerykańskiej, 4+ francuskiej, 14 australijskiej, 5 skandynawskiej lub III saksońskiej
 - 4 wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m.
-

2. Aktywności, które wymieniamy w tabelach powyżej, nie mogą stanowić Aktywności Zarobkowej Ubezpieczonego.
3. Jeśli Ubezpieczony ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi w czasie aktywności, które wymieniamy wyżej, to wypłacamy pieniądze z Umowy Dodatkowej, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową. Wypłata następuje zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia tej Umowy Dodatkowej.

ART. 3 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, w którym otrzymaliśmy 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 ostatnia Umowa Dodatkowa, w której rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego zgodnie z tym dokumentem,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i czasu trwania Umowy Dodatkowej, w której rozszerzamy zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tego dokumentu,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

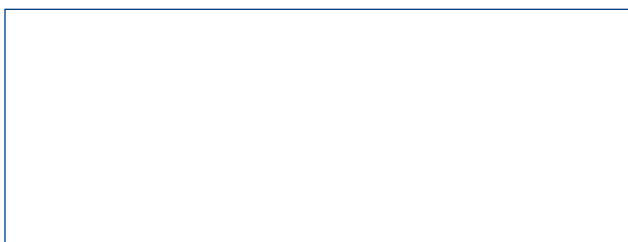
OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

TU Allianz Życie Polska S.A.

ul. Inflancka 4B

00-189 Warszawa

Skontaktuj się z agentem



Infolinia: 224 224 224 opłata zgodna z taryfą danego operatora

www.allianz.pl