PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU „TWÓJ PLAN" (PI/TZI/15/2026)

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

Pełne informacje o ubezpieczeniu znajdziesz w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Twój Plan" (OWU/TZI/8/2026), w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/1/2025) oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia umów dodatkowych. Dokumenty te umieściliśmy na naszej stronie internetowej. Zachęcamy Cię do zapoznania się z nimi.
Pojęcia, które piszemy wielką literą, mają takie znaczenie, jakie nadajemy im w Ogólnych warunkach ubezpieczenia „Twój Plan" oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia umów dodatkowych.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie

„Twój Plan" jest dobrowolnym, indywidualnym ubezpieczeniem na całe życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK, Fundusze), które łączy ochronę ubezpieczeniową w razie śmierci oraz śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku z gromadzeniem środków w Funduszach. Zakres ubezpieczenia można rozszerzyć o zdrowotne i wypadkowe Umowy Dodatkowe.

W dopasowaniu poziomu ochrony do Twoich potrzeb – tych bieżących i tych w przyszłości – pomaga nasz agent ubezpieczeniowy. Oprócz Ciebie możemy objąć ochroną ubezpieczeniową także inne osoby, które nie ukończyły 61. roku życia (Ubezpieczeni). Na ich rzecz zawieramy roczne Umowy dodatkowe terminowego ubezpieczenia na życie, z Sumą Ubezpieczenia do 150 000 zł. Dzięki takiej umowie możesz rozszerzyć zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego o inne Umowy Dodatkowe. Więcej informacji na ten temat znajdziesz w części o Umowach Dodatkowych.

Kto zawiera umowę

Umowę zawierają: Ubezpieczający (Ty) oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (my). Jesteś jednocześnie Ubezpieczonym Głównym, czyli osobą, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową. Umowę możesz zawrzeć, jeśli jesteś osobą pełnoletnią i nie ukończyłeś 61 lat.

Kto może być objęty ochroną i jak długo trwa ubezpieczenie

W ramach jednej polisy możemy objąć ochroną do 10 osób – Ubezpieczonego Głównego, czyli Ciebie oraz Ubezpieczonych.
Ty, jako Ubezpieczony Główny:

- jesteś objęty ochroną przez całe życie (z sumą ubezpieczenia do 100 000 zł) oraz
- wskazujesz co najmniej 10-letni okres od początku Umowy, w którym potrzebujesz wyższego zabezpieczenia, np. do czasu spłaty kredytu czy do przejścia na emeryturę. Ten okres nazywamy Okresem Podwyższonej Ochrony,
- jesteś także objęty ochroną ubezpieczeniową w razie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku do Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada po Twoich 70 urodzinach.

Co obejmuje ubezpieczenie

W Umowie Głównej ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Twoje życie. Podstawowym celem ubezpieczenia jest wypłata pieniędzy w razie Twojej śmierci. Swoje ubezpieczenie możesz rozszerzyć o dodatkową ochronę – zdrowotną i wypadkową.
W ramach Umowy Głównej gromadzisz także dodatkowe środki w Funduszach. Przed zawarciem Umowy oceniamy, czy Umowa dla Ciebie odpowiednia. Ocena ta odbywa się za pomocą ankiety odpowiedniości ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym, za Twoją zgodą. Na podstawie Twoich odpowiedzi na pytania z tej ankiety określamy Twój profil inwestycyjny, czyli oceniamy, jaki poziom ryzyka inwestycyjnego akceptujesz oraz jakie są Twoje oczekiwania dotyczące zysków z inwestycji. Po zawarciu Umowy nie przeprowadzamy w ustalonych okresach ocen odpowiedniości umowy.
Składki kapitałowe, które wpłacisz – regularne lub dodatkowe – przeliczymy na Jednostki 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):

Fundusze

Nazwa Funduszu	Ogólny wskaźnik ryzyka z Dokumentu zawierającego kluczowe informacje[1]	Profil ryzyka Funduszu przyjęty na potrzeby Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych	Zalecany okres inwestowania	Opłata za zarządzanie i administrację Funduszem (w skali roku)
Fundusz Obligacji Skarbowych	Niska klasa ryzyka (2)	Niskie, okresowo średnie ryzyko inwestycyjne	Minimalnie 2 lata	1,10%
Fundusz Obligacji Korporacyjnych	Niska klasa ryzyka (2)	Niskie, okresowo średnie ryzyko inwestycyjne	Minimalnie 2 lata	1,25%
Fundusz Stabilnego Inwestowania	Średnio niska klasa ryzyka (3)	Średnie ryzyko inwestycyjne	Minimalnie 3 lata	1,65%
Fundusz Zrównoważonego Inwestowania	Średnio niska klasa ryzyka (3)	Średnie, okresowo podwyższone ryzyko inwestycyjne	Minimalnie 4 lata	1,80%
Fundusz Rynku Akcji	Średnia klasa ryzyka (4)	Wysokie ryzyko inwestycyjne	Minimalnie 5 lat	1,95%
Fundusz Akcji Europejskich	Średnia klasa ryzyka (4)	Wysokie ryzyko inwestycyjne	Minimalnie 5 lat	1,40%[2]

1 Wskaźnik obliczony 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.
2 Aktywa Funduszu obciążone są także pośrednio opłatą za zarządzanie pobieraną przez Allianz Global Investors GmbH.

Inwestycje w Fundusze są związane z ryzykiem inwestycyjnym – wartość jednostek Funduszy może ulec zmianie wraz ze zmianą sytuacji na rynkach kapitałowych. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w Jednostki Funduszy ponosisz Ty, jako Ubezpieczający. Nie zapewniamy osiągnięcia określonych wyników. Aktualne wyniki inwestycyjne Funduszy można znaleźć na naszej stronie internetowej. Szczegółowe informacje o zasadach działania Funduszy oraz ich dostępności w ramach poszczególnych profili inwestycyjnych znajdziesz w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych. Informacje na temat Funduszy, które potencjalnie mogą występować w ramach Umowy, informacje o kosztach i ogólnym wskaźniku ryzyka oraz scenariusze dotyczące możliwych wyników, znajdziesz także w załącznikach do „Dokumentu zawierającego kluczowe informacje" sporządzonych osobno dla każdego Funduszu.

Jakie opłaty pobieramy w Umowie

W Umowie pobieramy następujące opłaty:

1. opłatę dystrybucyjną – na pokrycie kosztów zawarcia Umowy Głównej. Pobieramy ją z Rachunku po Alokacji:
   - każdej Regularnej Składki Kapitałowej, której termin płatności przypada w 1. Roku Ubezpieczenia (opłata wynosi 4%),
   - każdej Dodatkowej Składki Kapitałowej (opłata wynosi 1%).
2. opłatę za zarządzanie i administrowanie Funduszem – na pokrycie kosztów dla zarządzających funduszami inwestycyjnymi, w które inwestowane są aktywa poszczególnych Funduszy (w tym kosztów agenta transferowego), prowadzenie czynności księgowo-administracyjnych, w tym proces wyceny Funduszy, oraz na prowadzenie 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 tej opłaty wskazujemy w tabeli z Funduszami powyżej.
3. opłatę 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.
4. opłatę w razie rozwiązania Umowy w pierwszych 3 latach Umowy: 250 zł.

Ile wynosi Składka i jak ją opłacać

Twoja Składka to suma Składki Ochronnej oraz Regularnej Składki Kapitałowej. Wysokość Składki Ochronnej zależy od wieku osoby, którą chronimy, sum ubezpieczenia oraz wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Minimalna Składka Ochronna za Ubezpieczonego Głównego w Okresie Podwyższonej Ochrony to 70 zł miesięcznie. Minimalna składka za pełnoletniego Ubezpieczonego to 25 zł miesięcznie. Regularną Składkę Kapitałową wybierasz z przedziału od 80 zł do 500 zł.
Składkę wpłacasz co miesiąc na nasz rachunek bankowy. 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. Wyznaczymy 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.

Z czasowego zawieszenia opłacania składek możesz skorzystać, gdy miną 3 lata od zawarcia Umowy, opłacisz wszystkie Składki za ten okres, a Wartość Rachunku osiągnie minimalny poziom, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
Twoja składka za ochronę ubezpieczeniową w Umowie Głównej obniża się, gdy:

- kończy się Okres Podwyższonej Ochrony – od tego momentu przestajesz opłacać część składki za ubezpieczenia 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.

Regularną Składkę Kapitałową opłacasz do Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po Twoich 70 urodzinach.
Składki za ubezpieczenie na całe życie opłacasz do rocznicy ubezpieczenia po Twoich 85 urodzinach. Po tej rocznicy Suma Ubezpieczenia na Całe Życie nie zmieni się – nadal będziemy Cię chronić na taką samą kwotę, jak wcześniej.

Jakie zmiany możesz wprowadzić w umowie

W czasie trwania Umowy możesz wnioskować o:

- zmianę Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub Sumy Ubezpieczenia, która obowiązuje w Okresie Podwyższonej Ochrony (wniosek o obniżenie Sumy Ubezpieczenia możesz złożyć, gdy miną co najmniej 3 lata od zawarcia Umowy i zapłaciłeś wszystkie Składki za ten okres),
- zawarcie Umów Dodatkowych albo objęcie ochroną innych osób,
- zmianę Regularnej Składki Kapitałowej, zmianę podziału tej składki między Fundusze lub przeliczenie Jednostek danego Funduszu na Jednostki innego Funduszu (przeniesienie),
- wypłatę części środków z Rachunku – gdy miną 3 lata od zawarcia Umowy, opłacisz wszystkie Składki za ten 3-letni okres, a Wartość Rachunku osiągnie minimalny poziom, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Możesz także zrezygnować z wybranych Umów Dodatkowych lub z obejmowania ochroną wybranych osób.
W Rocznicę Ubezpieczenia możesz skorzystać z indeksacji sum ubezpieczenia i innych świadczeń, która zapobiega istotnej utracie ich realnych wartości w długim okresie. Indeksacja powoduje wzrost Składki. Zwróć uwagę, że Suma Ubezpieczenia na Całe Życie może się zmienić tylko w wyniku indeksacji. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne Lata Polisowe, to nie przygotujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji. Nie przygotowujemy propozycji indeksacji Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie od Rocznicy Ubezpieczenia po Twoich 75 urodzinach.
Szczegółowe informacje na temat zmian w Umowie znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia i w jakiej wysokości

W przypadku Twojej śmierci w czasie, gdy obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową, wypłacamy pieniądze wskazanym przez Ciebie osobom, czyli Uposażonym. W dowolnym momencie możesz ich zmienić.
Świadczenia wypłacamy zgodnie z tabelą:

Zdarzenie/świadczenie	Świadczenia w Okresie Podwyższonej Ochrony	Świadczenia po Okresie Podwyższonej Ochrony	Świadczenia po Rocznicy 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.

Jeśli w chwili Twojej śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych. Jeżeli w chwili 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.

Jakie są istotne ograniczenia naszej odpowiedzialności

Nie wszystkie sytuacje są objęte ubezpieczeniem. Pełną listę okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie ani Sumy Ubezpieczenia wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Zwróć uwagę, że nie wypłacamy tych kwot między innymi wtedy, gdy Twoja śmierć następuje w wyniku:

- samobójstwa w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- 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.

Ponadto 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 między innymi:

- w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
- 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.

Jeśli Twoja śmierć będzie skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy, zanim zawarliśmy z Tobą Umowę Główną i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo w ciągu 3 lat od zawarcia tej umowy odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

Jak rozwiązać Umowę i kiedy następuje jej rozwiązanie

Możesz odstąpić od Umowy lub Umowy Dodatkowej w ciągu 30 dni od jej zawarcia. 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 dowiesz o tym prawie. Jeśli skorzystasz z prawa do odstąpienia, zwrócimy Ci:

- w przypadku odstąpienia od Umowy – Składkę Ochronną oraz Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu. Wartość Rachunku powiększymy o równowartość opłaty dystrybucyjnej, którą pobraliśmy do dnia odstąpienia,
- w przypadku odstąpienia od Umowy Dodatkowej – składkę za Umowę Dodatkową.

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 wypłacamy Ci Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu, po pomniejszeniu o opłatę z tytułu odstąpienia.
W dowolnym momencie możesz wypowiedzieć Umowę lub Umowę Dodatkową. Umowa ta zostanie rozwiązana, gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy wypowiedzenie.
Umowa ulega rozwiązaniu także wtedy, gdy:

- masz opóźnienie w opłacaniu Składek, nie masz możliwości skorzystania z zawieszenia i nie wpłacasz Składki w okresie, który wskazujemy,
- w okresie zawieszenia opłacania Składek Wartość Rachunku nie jest wystarczająca do kontynuowania tego 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.
Jeśli minie 11 pełnych Lat Polisowych 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.

Jak można złożyć reklamację, skargę, zażalenie

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

- w postaci papierowej – osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe, albo nadając w placówce

podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
- w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl albo wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-73604-64978-TAJBC-22;

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

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

Jak się z nami skontaktować

Pytania, które dotyczą Umowy, możesz zadać naszemu konsultantowi pod numerem: +48 224 224 224 (koszt połączenia jest zgodny z taryfą Twojego operatora). Pozostałe dane kontaktowe zamieszczamy na naszej stronie internetowej.

Jakie Umowy Dodatkowe możesz wybrać, aby rozszerzyć zakres ochrony

W tej części znajdziesz informacje o Umowach Dodatkowych, dzięki którym możesz:
- rozszerzyć zakres ochrony w ubezpieczeniu Ubezpieczonego Głównego oraz
- objąć ochroną Ubezpieczonego w ramach Umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie i rozszerzyć zakres jego ochrony o inne Umowy Dodatkowe.

W opisach tych umów osobę, którą obejmujemy ochroną, nazywamy Ubezpieczonym.

Znajdziesz tu między innymi informacje o tym, kto może być objęty ochroną w Umowie Dodatkowej, co obejmuje ubezpieczenie i jak długo trwa, komu i ile pieniędzy wypłacamy oraz jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej.

Umowę Dodatkową możesz zawrzeć jednocześnie z Umową Główną albo później – w czasie trwania tej umowy. Zwróć uwagę, że umowy Ubezpieczenie Składki oraz Zagraniczna Druga Opinia Medyczna można zawrzeć tylko jedocześnie z Umową Główną.

Jak długo trwa Umowa Dodatkowa

Umowę Dodatkową zawieramy z Tobą na rok – z możliwością kontynuacji na kolejne roczne okresy. Szczegółowe informacje, czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres, znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach umów dodatkowych.
Ochrona, którą obejmujemy Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego, kończy się:
- gdy upłynie okres, na który została zawarta Umowa Dodatkowa,
- w chwili śmierci osoby, którą obejmujemy ochroną,
- gdy otrzymamy oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
- gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna, a w przypadku Ubezpieczonego – także wtedy, gdy zostanie rozwiązana Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie danego Ubezpieczonego.

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

Jak opłacać składki za Umowy Dodatkowe

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

Zabezpieczenie bliskich

Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje jego śmierć w czasie ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
W razie śmierci Ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
- Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia między innymi wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego następuje w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy Dodatkowej.

Wsparcie w razie problemów ze zdrowiem

Umowa dodatkowa w razie poważnego zachorowania

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego Głównego lub zdrowie Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje Poważne Zachorowania, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia:
- ponad 50 Poważnych Zachorowań dla osób dorosłych, np. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne, świeży zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią, przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego,
- ponad 25 Poważnych Zachorowań dla dzieci, np. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, cukrzyca typu 1 (insulinozależna), łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne.

Poważne Zachorowania dzielimy na 7 grup – według tabeli Grupy Poważnych Zachorowań, którą znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia. W tabeli wskazujemy % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej za każde Poważne Zachorowanie oraz limity, które obowiązują w Umowie Dodatkowej:
- Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań,
- Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej, czyli maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania ze wszystkich grup (230% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej).

Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań – dla grup od 2 do 7 – wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z danej grupy.
Zajście Poważnego Zachorowania z grupy 1 powoduje rozwiązanie Umowy Dodatkowej, nawet jeśli nie został wykorzystany łączny Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej.
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.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
W określonych przypadkach Ubezpieczony może otrzymać świadczenie za więcej niż jedno Poważne Zachorowanie. Wypłata świadczenia za każde Poważne Zachorowanie wpływa na zakres udzielanej przez nas dalszej ochrony ubezpieczeniowej i czas trwania Umowy Dodatkowej.
Jeśli wystąpi Poważne Zachorowanie, to wypłacamy danemu Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, zgodnie z tabelą Grupy Poważnych Zachorowań oraz z uwzględnieniem limitów wypłat, które obowiązują w Umowie Dodatkowej.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi Poważnego Zachorowania, które występuje w ciągu pierwszych 90 dni ochrony z tytułu pierwszej Umowy Dodatkowej i nie jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
Za każde Poważne Zachorowanie świadczenie wypłacamy tylko raz w ramach pierwszej i kolejnych Umów Dodatkowych. Ograniczenie to nie dotyczy nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości o innym umiejscowieniu niż nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
Jeśli na skutek jednego Poważnego Zachorowania występuje inne Poważne Zachorowanie, które zgodnie z dokumentacją medyczną jest jego bezpośrednim następstwem, to wypłacamy świadczenie tylko za to Poważne Zachorowanie, które wystąpiło jako pierwsze. Ograniczenie to nie dotyczy progresji nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, do nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, ani zmiany jego kwalifikacji na nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania.
Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczony umiera w wyniku Poważnego Zachorowania w ciągu:
a) 30 dni od jego wystąpienia – w przypadku: sepsy (posocznicy) leczonej w Szpitalu, niedokrwistości aplastycznej (aplazji szpiku), nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, operacji mózgu wykonanej z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, 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 niefarmakologicznej 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 resekcją jelita, infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW), u osoby która nie przebyła 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 przezskórnej interwencji wieńcowej, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, świeżego zawału serca.

Nie wypłacamy pieniędzy za udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne, udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), pierwszą przezskórną 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 dotyczy nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy.

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

Umowa dodatkowa w razie niezdolności do pracy

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego Głównego lub zdrowie pełnoletniego Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje trwałą i całkowitą niezdolność danego Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej. Ta Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy musi jednocześnie:
- rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej,
- być spowodowana rozstrojem zdrowia lub uszkodzeniem ciała, które również wystąpiły w czasie tej ochrony,
- utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 12 miesięcy oraz
- 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.

Ubezpieczenie obejmuje również minimum 3-miesięczną niezdolność danego Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, która została spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy. Ta Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy musi jednocześnie:

• rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy,
• być spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które również wystąpiło w czasie tej ochrony oraz
• z powodu tego zachorowania utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 3 miesięcy.
Zachorowanie na Nowotwór Złośliwy, które spowodowało tę niezdolność musi jednocześnie:
• spełniać jedną z definicji nowotworu złośliwego, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia,
• wystąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy oraz
• nie stanowić progresji, przerzutu ani innej wznowy nowotworu złośliwego, który wystąpił przed rozpoczęciem tej ochrony.
Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy musi być potwierdzona zaświadczeniami lekarskimi wystawionymi w związku z tym zachorowaniem, które obejmują nieprzerwany minimalny okres 3 miesięcy przypadających w czasie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy. Takim zaświadczeniem jest zwolnienie lekarskie lub inny równoważny dokument, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli niezdolności nie można tak potwierdzić, to wystarczy, że w ramach leczenia tego zachorowania w czasie tej ochrony zastosowano metody leczenia, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
Ochroną ubezpieczeniową w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy obejmujemy Ubezpieczonego w ramach jego:
• pierwszej Umowy Dodatkowej – zawieranej na podstawie Wniosku Ubezpieczeniowego, który został zarejestrowany po 13 września 2024 r. lub
• kolejnej Umowy Dodatkowej – zawieranej na podstawie naszej propozycji przygotowanej po tym dniu.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej:
• 100% w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
• 10% w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy.
Jeśli wypłaciliśmy pieniądze za Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy w ramach jakiejkolwiek Umowy Dodatkowej oraz wystąpiła Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy i jednocześnie:
• obie niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu lub
• ich rozpoczęcie dzieli mniej niż 12 miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy lub 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 dopłacamy do kwoty, która przysługuje w razie takiej niezdolności.
W ostatnim dniu:
• minimalnego okresu utrzymywania się Niezdolności do Pracy, za którą wypłacamy łącznie 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub
• minimalnego 12-miesięcznego okresu utrzymywania się najwcześniejszej Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
ulega rozwiązaniu Umowa Dodatkowa.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje niezdolności do pracy, która między innymi:
• rozpoczęła się poza okresem ochrony ubezpieczeniowej lub
• została spowodowana przyczyną, która wystąpiła poza okresem tej ochrony lub
• utrzymywała się krócej niż przez 3 miesiące tej ochrony.
Nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
• niezdolność do pracy została spowodowana:
– Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które miało miejsce w pierwszych 90 dniach ochrony ubezpieczeniowej w ramach pierwszej Umowy Dodatkowej lub
– progresją, przerzutem lub inną wznową tego nowotworu niezależnie od momentu ich wystąpienia
lub
• wypłaciliśmy pieniądze za inną Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy w ramach jakiejkolwiek Umowy Dodatkowej i jednocześnie:
– rozpoczęcie tych niezdolności dzieli mniej niż 12 miesięcy lub
– obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy lub są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie
lub
• wypłaciliśmy pieniądze za Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy w ramach jakiejkolwiek Umowy Dodatkowej i jednocześnie:
– obie te niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu lub
– ich rozpoczęcie dzieli mniej niż 12 miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy lub są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, jeśli Niezdolność do Pracy nastąpiła między innymi w związku z:
• Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

Umowa dodatkowa leczenia w szpitalu „Na Zdrowie”

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego Głównego lub zdrowie Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje Główne Postępowania Medyczne, Inne Postępowania Medyczne, Postępowania Medyczne SOR, Postępowania Medyczne Ambulatoryjne i okoliczności, które powodują wypłatę Świadczeń Dodatkowych. Ubezpieczenie może także obejmować okoliczności, które powodują wypłatę Świadczeń Lekowych – jeśli wybierzesz taką opcję, zanim zawrzesz Umowę Dodatkową.
Postępowania Medyczne i dodatkowe zdarzenia, które obejmuje ubezpieczenie, oraz Limity Wypłat i Poziomy Świadczeń wskazujemy w Wykazie Postępowań Medycznych.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Kwota wypłaty zależy od:
• rodzaju przeprowadzonego Postępowania Medycznego,
• Poziomu Świadczeń, który wybrałeś przed zawarciem Umowy Dodatkowej,
• 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, który wskazujemy w Wykazie Postępowań i Medycznych.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi:
- Postępowań Medycznych przeprowadzonych podczas pobytu na oddziale rehabilitacyjnym,
- Postępowania Medycznego, jeśli w ostatnich maksymalnie 5 latach dany Ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z takim samym Postępowaniem Medycznym lub w związku z leczeniem tą samą metodą tej samej, co uprzednio choroby lub urazu (ograniczenie to nie dotyczy Głównych Postępowań Medycznych ani Innych Postępowań Medycznych związanych z Nieszczęśliwym Wypadkiem),
- 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 ochrony ubezpieczeniowej,
- Postępowań Medycznych przeprowadzonych podczas Pobytu w Ambulatorium, które nie miały charakteru leczenia inwazyjnego, nie odpowiadają opisowi postępowania z Części I Wykazu Postępowań Medycznych, dotyczyły skóry lub zostały przeprowadzone z powodów diagnostycznych,
- przeprowadzonych podczas Pobytu w Ambulatorium: usunięcia ciała obcego (np. kleszcza) lub szwów chirurgicznych, dializoterapii, chemioterapii, tlenoterapii, aplikowania substancji do organizmu (np. wstrzyknięcie podskórne, domięśniowe, dostawowe lub do światła naczynia krwionośnego),
- Postępowań Medycznych po przekroczeniu Limitu Wypłat.

Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje tylko takie Postępowania Medyczne, które są skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku.

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

Umowa dodatkowa w razie pobytu w szpitalu

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego Głównego lub zdrowie Ubezpieczonego.
W przypadku Pobytu w Szpitalu w celu leczenia Choroby lub następstw Nieszczęśliwego Wypadku ubezpieczenie obejmuje: wypłatę Ubezpieczonemu Głównemu lub Ubezpieczonemu Dziennego Świadczenia Szpitalnego, Świadczenia Rekonwalescencyjnego oraz realizację świadczenia Twoje Leki.
Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 180 dni Pobytu w Szpitalu.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa:
- co najmniej jeden dzień lub dłużej – w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku lub
- nieprzerwanie 3 dni lub dłużej – w celu leczenia Choroby,

to wypłacamy Ubezpieczonemu Dzienne Świadczenie Szpitalne za każdy dzień takiego pobytu.
Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni wypłacamy Ubezpieczonemu Świadczenie Rekonwalescencyjne w wysokości pięciu Dziennych Świadczeń Szpitalnych.
Jeśli wypłacamy Ubezpieczonemu Dzienne Świadczenie Szpitalne, to ubezpieczenie obejmuje także realizację świadczenia Twoje Leki, w tym pokrycie kosztów:
– Leków na Receptę – do 2000 zł oraz
– innych produktów dostępnych w Aptece – do 200 zł.

Limity te odnoszą się do jednego Pobytu w Szpitalu. Ze świadczenia Twoje Leki Ubezpieczony może skorzystać maksymalnie 3 razy w ramach jednej Umowy Dodatkowej.
Recepta w ramach świadczenia Twoje Leki, musi być wystawiona dla Ubezpieczonego, przez osobę uprawnioną do wystawienia recepty (z wyłączeniem lekarza weterynarii oraz farmaceuty), w ciągu 90 dni od wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala oraz zrealizowana w tym okresie. Koszty innych produktów dostępnych w Aptece muszą zostać poniesione również w tym okresie.
W ramach tego świadczenia, za pośrednictwem infolinii medycznej, Ubezpieczony może także korzystać z nielimitowanego dostępu do informacji, które dotyczą m.in. przygotowań do zabiegów lub badań medycznych, diet, metod zdrowego żywienia, działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży, danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi:
- Pobytu w Szpitalu, który występuje w ciągu pierwszych 90 dni ochrony z tytułu pierwszej Umowy Dodatkowej i nie jest pobytem na skutek Nieszczęśliwego Wypadku; w takim przypadku nie wypłacamy Dziennego Świadczenia Szpitalnego ani nie realizujemy świadczenia Twoje Leki,
- wypłaty Dziennego Świadczenia Szpitalnego od 181 dnia Pobytu w Szpitalu,
- wypłaty za pobyt w szpitalu spowodowany inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek lub Choroba,
- wypłaty kolejnego Świadczenia Rekonwalescencyjnego z tytułu tego samego Pobytu w Szpitalu,
- realizacji świadczenia Twoje Leki, jeśli recepta na leki została wystawiona po upływie 90 dni od wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala albo została zrealizowana po tym 90-dniowym okresie, ani realizacji świadczenia Twoje Leki, jeśli inne produkty dostępne w Aptece zostały wykupione po tym 90-dniowym okresie.

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

Nie realizujemy świadczenia Twoje Leki:
- gdy Pobyt w Szpitalu nastąpił w związku z poddaniem się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych uprawnionych do tego osób,
- gdy Ubezpieczony został objęty kwarantanną, środkami zapobiegawczymi, szczególnym nadzorem lub zaleceniami wydanymi przez międzynarodowe bądź lokalne organy zdrowia publicznego w kraju pobytu Ubezpieczonego, z powodu narażenia Ubezpieczonego (w tym trwałych skutków tego narażenia) na kontakt z: chorobą zakaźną, z powodu której ogłoszono epidemię lub pandemię, zakaźnymi czynnikami biologicznymi, czynnikami chemicznymi, czynnikami obezwładniającymi, czynnikami radioaktywnymi, czynnikami neurotoksycznymi.

Umowa dodatkowa Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów"

Co obejmuje ubezpieczenie

Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie i zdrowie jednego Ubezpieczonego (wersja indywidualna) albo życie i zdrowie wielu Ubezpieczonych (wersja rodzinna pozwala na objęcie ochroną małżonka lub partnera Ubezpieczonego oraz ich dzieci).

Ubezpieczenie obejmuje:
- korzystanie z Usług Medycznych w Placówkach Medycznych – zgodnie z wybranym Wariantem Ubezpieczenia,
- Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku pełnoletniego Ubezpieczonego, tj. całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od Nieszczęśliwego Wypadku i musi trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny.
- śmierć Ubezpieczonego.

Usługi Medyczne obejmują uzasadnione z medycznego punktu widzenia: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz zabiegi ambulatoryjne. Pełną listę Usług Medycznych, które są objęte ubezpieczeniem – w trzech dostępnych Wariantach Ubezpieczenia – zawiera Wykaz Usług Medycznych. Lista Placówek Medycznych, które świadczą te Usługi Medyczne, jest dostępna na naszej stronie internetowej.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Nasze świadczenie polega na umożliwieniu osobom, które są objęte ubezpieczeniem, bezpłatnego korzystania z Usług Medycznych.
W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
W razie śmierci Ubezpieczonego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje

Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi:
- wizyt w placówkach medycznych innych niż wskazane na naszej stronie internetowej,
- Usług Medycznych, których nie ma w Wykazie Usług Medycznych,
- niezdolności do pracy spowodowanej inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek, częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy krótszej niż 12 miesięcy lub takiej, która nie ma charakteru trwałego ani nieodwracalnego.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Nie ponosimy odpowiedzialności za zdarzenia, które są skutkiem między innymi:
- spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy – o ile nie przepisał ich lekarz – lub ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- samobójstwa w ciągu 24 miesięcy od zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej,
- Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu lub udziału w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
- udziału w eksperymentach medycznych; stosowania metod leczenia nieznanych naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej; leczenia protetycznego, ortodontycznego lub z zakresu chirurgii szczękowej; leczenia, zabiegów i operacji z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki,
- leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz rehabilitacji, o ile dotyczy chorób przewlekłych, Wad Wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych,
- leczenia odwykowego, zabiegów i kuracji odwykowych.

Umowa dodatkowa „Leczenie za Granicą"

Co obejmuje ubezpieczenie

Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego Głównego lub zdrowie Ubezpieczonego.

Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego, czyli nowotworu lub konieczności przeprowadzenia następującego zabiegu: pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), operacja zastawki serca, zabieg neurochirurgiczny, przeszczep narządów, przeszczep szpiku kostnego.

Jeśli wystąpi Poważny Stan Chorobowy opisany w ogólnych warunkach ubezpieczenia, to zapewniamy:
- dostęp do Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej,
- organizację i pokrycie kosztów Leczenia za Granicą,
- organizację i pokrycie kosztów:
  – podróży Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej (lub 2 Osób Towarzyszących w przypadku Dziecka) lub Dawcy (w przypadku przeszczepu), 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,
- wypłatę Ubezpieczonemu pieniędzy za każdy Dzień Pobytu w Szpitalu,
- organizację i pokrycie kosztów Pobytu w Szpitalu Dawcy,
- przewiezienie ciała Ubezpieczonego lub Dawcy do Polski – w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Dawcy w czasie Leczenia za Granicą,
- 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.

Organizacją Leczenia za Granicą oraz innych usług, które wiążą się z tym leczeniem, zajmuje się nasz partner – Further Underwriting International SLU (dalej: Further).
Poważne Stany Chorobowe dzielimy na 4 Moduły Ochrony:
- Moduł Ochrony 1: nowotwór,
- Moduł Ochrony 2: zabieg sercowo-naczyniowy – pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), operacja zastawki serca,
- Moduł Ochrony 3: zabieg neurochirurgiczny,
- Moduł Ochrony 4: przeszczep – przeszczep narządów, przeszczep szpiku kostnego.

Okres Realizacji Świadczeń trwa 36 miesięcy i ustalamy go zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, odrębnie dla każdego Modułu Ochrony.
Poważny Stan Chorobowy musi wystąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy danego Ubezpieczonego, i w czasie tej ochrony musi spełniać warunki zawarte w definicji danego Poważnego Stanu Chorobowego. Definicje wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
W przypadku konieczności przeprowadzenia któregokolwiek z zabiegów, który jest objęty ubezpieczeniem zarówno rozpoznanie choroby, która powoduje konieczność przeprowadzenia zabiegu, jak i sama konieczność przeprowadzenia tego zabiegu muszą wystąpić po raz pierwszy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej jest równa 2 000 000 euro – łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Każdy koszt, który pokrywamy w ramach Umowy Dodatkowej dla danego Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej lub Dawcy (w przypadku przeszczepu), pomniejsza Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
W ramach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej obowiązują następujące limity:

Rodzaj wypłaty	Limit
Pobyt w Szpitalu	Maksymalnie 6000 euro: • 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.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje:
a) nowotworu ani zmian chorobowych, które wskazują na jego wystąpienie (niezależnie od terminu postawienia ostatecznej diagnozy nowotworu) ani
b) 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.
Jeśli przyczyną Poważnego Stanu Chorobowego jest Nieszczęśliwy Wypadek, to ubezpieczenie obejmuje taki Poważny Stan Chorobowy także w ciągu tych pierwszych 90 dni.
Ubezpieczenie nie obejmuje także:
a) leczenia długotrwałych skutków ubocznych, które wynikają z Poważnego Stanu Chorobowego lub jego leczenia,
b) leczenia Poważnych Stanów Chorobowych innymi metodami, w tym alternatywnymi metodami leczenia, jeśli najbardziej efektywnym sposobem leczenia jest przeszczep w ramach Modułu Ochrony 4,
c) łagodzenia objawów chorób przewlekłych lub rehabilitacji (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej, terapii językowej i mowy), które wynikają z Poważnego Stanu Chorobowego lub jego leczenia,
d) terapii psychiatrycznej lub psychoterapii,
e) organizacji i pokrycia kosztów Leczenia za Granicą, jeśli Ubezpieczony nie otrzymuje wizy do kraju, w którym ma siedzibę Placówka Medyczna.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
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 danego Ubezpieczonego nastąpił między innymi:
- w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego 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,

Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów zakupu lub wynajmu:
- 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,
- przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, bandaży, kul, okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk, wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek.

Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów:
- postępowania sprawdzającego, czy dana osoba, wskazana jako potencjalny Dawca spoza członków rodziny Ubezpieczonego, może być Dawcą,
- rekonwalescencji, opieki w domu, leczenia sanatoryjnego, uzdrowiskowego ani w klinice medycyny naturalnej, kosztów pobytu w hospicjum, domu opieki, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
- organizacji i kosztów Leczenia Alternatywnego ani Leczenia Eksperymentalnego, nawet jeśli zaleca je Ekspert podczas leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
- organizacji i kosztów leczenia z wykorzystaniem Terapii Genowej, Terapii Komórkami Somatycznymi, Inżynierii Tkankowej, Terapii Limfocytami CAR-T,
- organizacji i pokrycia kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych, które są związane z naturalnymi procesami starzenia organizmu lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych Ubezpieczonego, także takich, które zgodnie z opinią lekarza wymagają leczenia lub opieki drugiej osoby.

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.
Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą ani kosztów innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli w dniu postawienia diagnozy Poważnego Stanu Chorobowego dany Ubezpieczony nie ma stałego miejsca zamieszkania w Polsce lub jeśli w ciągu 12 miesięcy przed postawieniem diagnozy przebywał poza Polską dłużej niż przez 183 dni kalendarzowe.

Umowa dodatkowa „Leczenie Szpitalne w Polsce"

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje korzystanie przez Ubezpieczonego z następujących Świadczeń Medycznych:
- Koordynacja Opieki Szpitalnej,
- opieka medyczna przed Hospitalizacją,
- Planowe Leczenie Niezabiegowe,
- Planowe Leczenie Operacyjne,
- rehabilitacja po Planowym Leczeniu Operacyjnym,
- opieka medyczna po Hospitalizacji,
- konsultacje psychologiczne po nowotworze złośliwym,
- położnictwo i neonatologia,
- szpitalny przegląd zdrowia.

Zakres i dostępność Świadczeń Medycznych zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Ubezpieczenia.
Świadczenia Medyczne są realizowane w Szpitalu lub w Przychodni – zgodnie ze wskazaniem LMG albo Koordynatora Opieki Szpitalnej Opieki Szpitalnej.
W Wariancie Ubezpieczenia Premium Ubezpieczony może skorzystać ze szpitalnego przeglądu zdrowia, o ile w okresie 2 lat poprzedzających złożenie wniosku o taki przegląd nie skorzystał z żadnego ze Świadczeń Medycznych i w chwili złożenia wniosku znajduje się w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
Planowe Leczenie Operacyjne, jest realizowane w następujących dziedzinach medycyny: 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.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje miedzy innymi:
- 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,
- leczenia stanów nagłych, które zostały stwierdzone w dniu przyjęcia do Szpitala, w tym z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji,
- diagnostyki lub leczenia, których cel może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych,
- leczenia urazów wielonarządowych, 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,
- leczenia wysoko lub wielospecjalistycznego w podmiocie leczniczym spoza listy podmiotów leczniczych, która znajduje się na stronie www.allianz.pl

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,
- świadczeń położniczych lub neonatologicznych.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy Świadczeń Medycznych, które są skutkiem:
- stosowania metod nieuznanych naukowo lub medycyny niekonwencjonalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce lub na terenie Unii Europejskiej oraz 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,
- 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 – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji,
- Chorób Psychicznych, chorób otępiennych, 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:
- 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 i leczenia ich niepożądanych następstw; ograniczenie to nie dotyczy plastycznej rekonstrukcji piersi wskazanej w Załączniku,
- leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby oraz schorzeń będących następstwem tych zakażeń; ograniczenie to nie dotyczy wirusowego zapalenia wątroby typu A.

Umowa dodatkowa „Zagraniczna druga opinia medyczna"

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego Głównego lub zdrowie Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje:
- organizację oraz pokrycie kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy danego Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu lub jego Osobie Bliskiej (Współmałżonkowi, Partnerowi lub Dziecku), postawiono diagnozę lub zalecono leczenie operacyjne, które mają związek z którymkolwiek stanem chorobowym lub uszkodzeniem ciała wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia (np. nowotworem złośliwym, udarem mózgu, łagodnym nowotworem mózgu, przeszczepem narządu, zawałem serca),
- dostęp do Portalu ExpertMedicalOpinion, dzięki któremu dany Ubezpieczony lub jego Osoba Bliska wypełniają i składają on-line wniosek o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną lub Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego, przeglądają swoją dokumentację medyczną,
- tłumaczenie dokumentacji medycznej, którą przekazuje dany Ubezpieczony lub jego Osoba Bliska, na język Eksperta, a następnie – tłumaczenie na język polski Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej.

Zagraniczna Druga Opinia Medyczna to opinia sporządzona przez Eksperta, na podstawie dostarczonej mu dokumentacji medycznej. Opinia ta zawiera weryfikację wcześniej postawionej diagnozy oraz propozycję optymalnego planu leczenia.
- organizację oraz pokrycie kosztów usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego (Konsultacja) dla Ubezpieczonego lub pełnoletniej Osoby Bliskiej i pomoc w zakresie wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia (np. w zakresie problemów wychowawczych i rozwoju dzieci oraz młodzieży, objawów lękowych, obniżonego nastroju i związanych z nim trudności emocjonalnych, trudnych wydarzeń życiowych i niekliniczych sytuacji kryzysowych).

Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego to zdalna konsultacja wspierająca przeprowadzona przez Specjalistę Zdrowia Psychicznego, której celem jest ochrona, utrzymanie lub poprawa dobrostanu psychicznego Ubezpieczonego lub pełnoletniej Osoby Bliskiej.

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

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej między innymi:
- gdy przyczyną zgłoszenia potrzeby uzyskania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej jest: ostry i krótkotrwały stan chorobowy, choroba przewlekła o lekkim przebiegu, Choroba Psychiczna lub problem stomatologiczny,
- w czasie pobytu Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej
- w przypadku, gdy stan chorobowy Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.

Nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów kolejnych Konsultacji, jeżeli w ocenie Specjalisty Zdrowia Psychicznego stan osoby korzystającej z Konsultacji wymaga niezwłocznej pomocy psychiatrycznej, leczenia stacjonarnego albo specjalistycznej opieki wykraczającej poza zakres Konsultacji. Za takie sytuacje mogą zostać uznane:
a) aktywne myśli samobójcze lub zachowania autoagresywne,
b) stany psychotyczne,
c) ciężkie zaburzenia depresyjne,
d) zaburzenia pourazowe wymagające specjalistycznego leczenia,
e) uzależnienia,
f) sytuacje przemocy wymagające interwencji odpowiednich służb,
g) konieczność wdrożenia lub modyfikacji farmakoterapii psychiatrycznej,
h) stany wymagające pilnej lub bezpośredniej opieki specjalistycznej.

W takich przypadkach Specjalista Zdrowia Psychicznego może zakończyć realizację Konsultacji albo odmówić jej kontynuowania. Specjalista Zdrowia Psychicznego postępuje zgodnie z obwiązującymi przepisami prawa oraz informuje osobę korzystającą z Konsultacji o właściwej formie pomocy, w tym o potrzebie pilnego kontaktu z lekarzem specjalistą
- Zagraniczna Druga Opinia Medyczna oraz Konsultacje realizowane w ramach usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego mają charakter wyłącznie konsultacyjny.
- Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest sporządzana na podstawie dokumentacji medycznej przekazanej przez Ubezpieczonego lub Osobę Bliską i nie zastępuje bezpośredniego badania lekarskiego ani zaleceń lekarza prowadzącego.
- Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego nie zastępuje leczenia psychiatrycznego, psychoterapii prowadzonej w trybie ciągłym ani świadczenia ratunkowego lub interwencyjnego.
- Ostateczne decyzje dotyczące diagnostyki, leczenia, farmakoterapii oraz wyboru sposobu postępowania medycznego należą do osoby korzystającej z usługi oraz jej lekarza prowadzącego.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki podjęcia lub zaniechania przez Ubezpieczonego, Osobę Bliską, ich przedstawicieli ustawowych albo inne osoby trzecie działań na podstawie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub w ramach Zdalnego Wsparcia Zdrowia Psychicznego.

Umowa dodatkowa ubezpieczenia składki

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego Głównego, o ile jest jednocześnie Ubezpieczającym.
Ubezpieczenie obejmuje całkowitą niezdolność tego Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej, która jest zgodna z jego wykształceniem, umiejętnościami nabytymi podczas ukończonych kursów zawodowych lub podczas wykonywania Aktywności. 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.

Niezdolność do Pracy oraz 6-miesięczny okres całkowitej niezdolności do wykonywania Aktywności Zarobkowej muszą wystąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Jeśli wystąpi Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, to przejmiemy opłacanie Składek. Świadczenie 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 ukończenia przez Ubezpieczonego 67 lat.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi częściowej niezdolności do pracy ani niezdolności do pracy krótszej niż 6-miesięczna.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie przejmujemy opłacania Składek, jeżeli Niezdolność do Pracy nastąpiła między innymi:
- w związku z Chorobą Psychiczną,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu lub udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

Umowa dodatkowa „Assistance Onkologiczny"

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego Głównego lub zdrowie Ubezpieczonego.
Ubezpieczenie obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
W takim przypadku organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń medycznych takich jak:
- konsultacje z lekarzami 14 specjalności, w tym konsultacje onkologa, chirurga, hematologa,
- diagnostyka laboratoryjna,
- badania specjalistyczne (biopsja, USG, RTG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa),

do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych.
Ubezpieczony może również korzystać z usług infolinii medycznej (bez limitu).
Ubezpieczenie obejmuje także pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku ze zdiagnozowaniem Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, w tym:
- organizację i pokrycie kosztów rehabilitacji oraz wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego,
- dostarczanie posiłków i Leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego,
- pomoc pielęgniarki, pomoc domową, opiekę nad dziećmi, Transport Medyczny,
- zwrot kosztów peruk i protez,

do 5000 zł.
Ubezpieczenie obejmuje także:
- koszty konsultacji w poradni psychoonkologii (maksymalnie 5 konsultacji),
- organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji (maksymalnie 10 konsultacji),
- konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczną dla Ubezpieczonego, w razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa lub biologicznego dziecka Ubezpieczonego (1 konsultacja oraz 1 test).

Ubezpieczonemu należne jest także świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (suma ubezpieczenia assistance) do wykorzystania na świadczenia assistance związane z jego Małżonkiem/Partnerem, Dzieckiem lub rodzeństwem, w tym:
- organizację i pokrycie kosztów konsultacji w poradni psychoonkologii dla Małżonka/Partnera lub Dziecka Ubezpieczonego,
- konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z biologicznym dzieckiem lub rodzeństwem Ubezpieczonego.

W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku operacyjnego usunięcia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, ubezpieczenie obejmuje także organizację i pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do 20 000 zł w odniesieniu do jednego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym.
Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz które są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, na terenie Polski.
Ubezpieczony korzysta ze świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie w ramach limitów wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

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

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem jeśli Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub wydanie karty DiLO nastąpią między innymi:
- wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
- w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- wskutek leczenia eksperymentalnego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
- wskutek działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
- wskutek umyślnego działania Ubezpieczonego,
- wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- wskutek zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
- wskutek Wad Wrodzonych,
- wskutek zakażenia wirusem HIV,
- wskutek użycia materiałów lub substancji biologicznych lub chemicznych (lub ich składników), w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

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

Wsparcie finansowe w razie nieszczęśliwych wypadków

Umowa dodatkowa w razie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

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

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

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

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

Umowa dodatkowa w razie śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego

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

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

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

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

Umowa dodatkowa w razie kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, któremu ulega Ubezpieczony Główny lub Ubezpieczony.
Ubezpieczenie obejmuje Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, czyli uszkodzenie ciała danego Ubezpieczonego:
- na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, i
- które powstało nie później niż w 180 dniu od tego wypadku.

Wszystkie uszkodzenia ciała, które są objęte ubezpieczeniem, znajdziesz w tabeli kalectwa w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Są to np. obustronna utrata wzroku, utrata słuchu, utrata kończyny, złamanie kości, oparzenie, uszkodzenie narządu wewnętrznego.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
W razie Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy danemu Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z tabelą kalectwa. Łączna kwota wypłat nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi uszkodzeń ciała, które:
- następują, gdy wypłaciliśmy już 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
- nie zostały spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem albo powstały po upływie 180 dni od tego wypadku.

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

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

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

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

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

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

Umowa dodatkowa w razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, któremu ulega Ubezpieczony Główny lub Ubezpieczony.
Ubezpieczenie obejmuje całkowitą niezdolność danego Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi:
- rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku,
- trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy danemu Ubezpieczonemu 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi:
- częściowej niezdolności do pracy,
- niezdolności do pracy krótszej niż 12 miesięcy ani takiej, która nie ma charakteru trwałego i nieodwracalnego,
- niezdolności do pracy, która nie została spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem, albo powstała po upływie 36 miesięcy od tego Nieszczęśliwego Wypadku.

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

Umowa dodatkowa w razie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

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

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Za Dzień Pobytu w Szpitalu wypłacamy danemu Ubezpieczonemu Dzienne Świadczenie Szpitalne. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż jeden dzień, to wypłacamy odpowiednią wielokrotność Dziennego Świadczenia Szpitalnego.
Jeśli wypłacamy Ubezpieczonemu Dzienne Świadczenie Szpitalne, to ubezpieczenie obejmuje także realizację świadczenia Twoje Leki, w tym pokrycie kosztów:
– Leków na Receptę – do 2000 zł oraz
– innych produktów dostępnych w Aptece – do 200 zł.
Limity te odnoszą się do jednego Pobytu w Szpitalu. Ze świadczenia Twoje Leki Ubezpieczony może skorzystać maksymalnie 3 razy w ramach jednej Umowy Dodatkowej.
Recepta w ramach świadczenia Twoje Leki, musi być wystawiona dla Ubezpieczonego przez osobę uprawnioną do wystawienia recepty (z wyłączeniem lekarza weterynarii oraz farmaceuty), w ciągu 90 dni od wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala oraz zrealizowana w tym okresie. Koszty innych produktów dostępnych w Aptece muszą zostać poniesione również w tym okresie.
W ramach tego świadczenia, za pośrednictwem infolinii medycznej, Ubezpieczony może także korzystać z nielimitowanego dostępu do informacji, które dotyczą m.in. przygotowań do zabiegów lub badań medycznych, diet, metod zdrowego żywienia, działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży, danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, danych teleadresowych aptek.

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

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

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

Umowa dodatkowa w razie poniesienia kosztów leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku

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

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Zwracamy Koszty Leczenia do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega dany Ubezpieczony.

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

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

Umowa dodatkowa w razie poniesienia kosztów operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, któremu ulega Ubezpieczony Główny lub Ubezpieczony. Ubezpieczenie obejmuje zwrot kosztów, które zostały poniesione na operacje plastyczne danego Ubezpieczonego w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni jego ciała, które powstały w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Operacje muszą być przeprowadzone:
- w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku,
- na terenie Polski i pod kontrolą lekarza.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Zwracamy Koszty Operacji Plastycznych maksymalnie do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi:
- operacji plastycznych, które nie są związane z usuwaniem skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
- kosztów, które zostały poniesione poza granicami Polski.

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

Umowa dodatkowa „Dla Aktywnych"

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, któremu ulega Ubezpieczony Główny lub Ubezpieczony. Ubezpieczenie obejmuje rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w Umowach Dodatkowych:
- w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
- w razie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- w razie poniesienia kosztów leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
- w razie poniesienia kosztów operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku,
- w razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku

o skutki Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie aktywności sportowych danego Ubezpieczonego. Aktywności te nie mogą stanowić Aktywności Zarobkowej Ubezpieczonego i muszą być wymienione w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
Do takich aktywności sportowych zaliczamy:
- Wyczynowe Uprawianie Sportów – tabela w ogólnych warunkach ubezpieczenia zawiera 39 pozycji, w tym np. lekkoatletykę, piłkę ręczną, piłkę nożną, tenis stołowy i ziemny, pływanie, kolarstwo, taniec, oraz
- Udział w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia – tabela w ogólnych warunkach ubezpieczenia zawiera 5 pozycji, w tym np. bezdekompresyjne nurkowanie z partnerem poza wrakami i jaskiniami przy użyciu sprzętu z obiegiem otwartym i z zejściem do 40 m oraz wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m. – pod warunkiem, że nie są uprawiane w ramach Wyczynowego ani Zawodowego Uprawiania Sportu.

Suma ubezpieczenia i świadczenie
Jeśli dany Ubezpieczony ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi w czasie aktywności sportowych, które wymieniamy wyżej, to wypłacamy pieniądze z Umowy Dodatkowej, w której rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową.

Czego ubezpieczenie nie obejmuje
Ubezpieczenie nie obejmuje między innymi:
- skutków Nieszczęśliwego Wypadku w czasie aktywności sportowych, które stanowią Aktywność Zarobkową danego Ubezpieczonego,
- skutków Nieszczęśliwego Wypadku w czasie aktywności sportowych, których nie wymieniamy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w opisach Umów Dodatkowych, których zakres ubezpieczenia rozszerzamy w umowie „Dla Aktywnych". Nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który jest przyczyną zdarzenia objętego ubezpieczeniem, miał miejsce między innymi:
- w związku z Zawodowym Uprawianiem Sportu,
- w związku z Wyczynowym Uprawianiem Sportu, który nie jest wymieniony w ogólnych warunkach ubezpieczenia,
- w związku z udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia, które nie są wymienione w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Umowa dodatkowa „Assistance Wypadkowy"

Co obejmuje ubezpieczenie
Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego Głównego lub zdrowie Ubezpieczonego.
Jeśli Ubezpieczony ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi w czasie ochrony ubezpieczeniowej, to ubezpieczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, takich jak:
- wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry w Placówce Medycznej lub miejscu pobytu Ubezpieczonego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) wraz z kosztami dojazdu oraz kosztami jego honorarium, o ile nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej,
- konsultacje z lekarzami 12 specjalności, w tym konsultacje chirurga, ortopedy, neurochirurga – ze skierowaniem od Lekarza Prowadzącego,
- zabiegi ambulatoryjne,
- diagnostyka laboratoryjna,
- badania specjalistyczne (USG, RTG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa),

do wykorzystania w ramach maksymalnie 10 świadczeń medycznych.

Ubezpieczony może również korzystać z usług infolinii medycznej (bez limitu).
Ubezpieczenie obejmuje także organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance i telemedycyny, w tym:
- organizację i pokrycie kosztów Zabiegu Operacyjnego do 20 000 zł,
- organizację i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego (maksymalnie 30 zabiegów),
- Transporty Medyczne (do 20 Transportów Medycznych),
- pomoc psychologa (maksymalnie 3 wizyty lub zdalne konsultacje),
- leczenie stomatologiczne (do 2000 zł),
- organizację i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego (do 700 zł),
- zdalne porady lekarskie (maksymalnie 6 porad w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony).

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

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

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

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej
Nie organizujemy ani nie spełniamy świadczeń objętych ubezpieczeniem jeśli Nieszczęśliwy Wypadek, któremu uległ Ubezpieczony został spowodowany lub miał miejsce między innymi:
- w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.
- w związku z poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie takiego leczenia było zalecone przez Lekarza Prowadzącego,
- w wyniku zatrucia się przez Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
- próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
- wskutek zakażenia wirusem HIV,
- w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
- prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie Nieszczęśliwego Wypadku, lub prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Nieszczęśliwego Wypadku,
- wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
- wskutek leczenia eksperymentalnego Ubezpieczonego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
- działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

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

Dokument wszedł w życie 20 września 2026 r.