Allianz

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE

Twoje Życie

224 224 224 allianz.pl

Co zyskujesz dzięki ubezpieczeniu Twoje Życie?
Dzięki ubezpieczeniu Twoje Życie zapewniasz wsparcie finansowe swoim bliskim, gdyby Cię zabrakło, oraz sobie – w razie problemów ze zdrowiem i po wypadku (dzięki umowom dodatkowym).

Możesz również:
- skorzystać z 20% zniżki na pakiet badań genetycznych oraz 10% zniżki na pakiet badań specjalistycznych, by zapobiegać wielu chorobom,
- ubezpieczyć życie i zdrowie swojej rodziny (do 10 osób) w ramach jednej polisy,
- oszczędzać tak, jak chcesz – systematycznie lub w dowolnych terminach.

Czego dowiesz się z ogólnych warunków umowy głównej?
- Wyjaśnimy pojęcia, którymi będziemy posługiwać się nie tylko w ogólnych warunkach, ale i w naszych listach i mailach.
- Podpowiemy m.in. **jak rozszerzać zakres polisy,** zmieniać sumę ubezpieczenia oraz ubezpieczyć życie i zdrowie bliskiej osoby.
- szczegółowo opiszemy, **jak otrzymać pieniądze z polisy** i w jakich sytuacjach nie będziemy mogli ich wypłacić.

Zwróć uwagę
Możesz rozszerzyć zakres swojej polisy dzięki umowom dodatkowym. Zapewnisz sobie **wypłatę pieniędzy** lub inną **pomoc** – m.in. w razie poważnej choroby, niezdolności do pracy, leczenia w szpitalu – również w zagranicznej klinice – oraz wypadku. Koniecznie zapytaj swojego Agenta o **rabaty za zawarcie pakietu umów dodatkowych.**

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

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

MATERIAŁ REKLAMOWY

SPIS TREŚCI

Zabezpieczenie bliskich

Ogólne warunki ubezpieczenia „Twoje Życie” 4

Wykaz opłat i limitów 12

Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie 13

Terminowe ubezpieczenie na życie 17

Wsparcie w razie problemów ze zdrowiem

Poważne zachorowanie 21

Leczenie za granicą 37

Leczenie Szpitalne w Polsce 47

„Assistance Onkologiczny” 59

Niezdolność do pracy 67

Leczenie w szpitalu – „Na Zdrowie” 73

Pobyt w szpitalu 95

Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów” 101

Zagraniczna druga opinia medyczna 133

Ubezpieczenie składki 139

Wsparcie finansowe w razie nieszczęśliwych wypadków (NW)

Śmierć wskutek NW 143

Śmierć wskutek NW komunikacyjnego 147

Kalectwo po NW 151

Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW 157

„Assistance Wypadkowy” 179

Niezdolność do pracy po NW 191

Pobyt w szpitalu wskutek NW 195

Koszty leczenia skutków NW 201

Koszty operacji plastycznych po NW 205

Dodatkowa ochrona po NW – „Dla Aktywnych” 209

Długoterminowe oszczędzanie na przyszłość

Rachunek z UFK z ubezpieczeniem na życie 213

Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych 219

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „TWOJE ŻYCIE” (OWU/TZ/7/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 22-23
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Art. 18 ust. 8

ZYTZ-O04 02/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „TWOJE ŻYCIE" (OWU/TZ/7/2026)

KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)

Umowę Ubezpieczenia zawierają:
Ubezpieczający (**Ty**) oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (**my**) na podstawie tego dokumentu, czyli **Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie"** (OWU/TZ/7/2026), dalej: **OWU**.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Akt Przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiekolwiek dobro chronione prawem, z wyłączeniem przekroczenia granic obrony koniecznej lub granic stanu wyższej konieczności
2. **Akt Terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
3. **Dokument Ubezpieczenia** – polisa lub inny dokument, w którym potwierdzamy najważniejsze postanowienia Umowy
4. **Miesiąc Polisowy** – okres, który rozpoczyna się w tym samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego. Jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to okres ten rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca. Pierwszy Miesiąc Polisowy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej
5. **Okres Podwyższonej Ochrony** – co najmniej 10-letni okres ubezpieczenia od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, w którym w razie śmierci Ubezpieczonego Głównego wypłacamy łącznie: Sumę Ubezpieczenia oraz Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie. Okres ten może trwać najdłużej do Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po 75 urodzinach Ubezpieczonego Głównego. Ty wybierasz i wskazujesz we Wniosku długość tego okresu
6. **Rocznica Ubezpieczenia** – pierwszy dzień: drugiego i każdego kolejnego Roku Ubezpieczenia
7. **Rok Ubezpieczenia** – pierwsze 12 Miesięcy Polisowych i kolejne 12-miesięczne okresy ochrony ubezpieczeniowej, które następują po sobie
8. **Składka** – suma składek za Umowy Główne i Umowy Dodatkowe
9. **Suma Ubezpieczenia** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony Główny umiera w Okresie Podwyższonej Ochrony – razem z Sumą Ubezpieczenia na Całe Życie; Sumę Ubezpieczenia wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
10. **Suma Ubezpieczenia na Całe Życie** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony Główny umiera w dowolnym momencie w czasie trwania Umowy Głównej; Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
11. **Ubezpieczający (Ty)** – osoba, która zawiera z nami Umowę i ma obowiązek płacić Składki. Jeśli jesteś osobą fizyczną, możesz być także Ubezpieczonym Głównym albo Ubezpieczonym
12. **Ubezpieczony** – osoba, która w dniu rejestracji Wniosku ma mniej niż 61 lat i której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie. Na rzecz Ubezpieczonego możesz zawrzeć także inne Umowy Dodatkowe. Jeśli Ubezpieczony jest niepełnoletni, to musi być dzieckiem własnym albo przysposobionym Ubezpieczającego, Ubezpieczonego Głównego lub innego Ubezpieczonego w Umowie
13. **Ubezpieczony Główny** – osoba pełnoletnia, która w dniu rejestracji Wniosku ma mniej niż 66 lat i której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej. Możesz wskazać maksymalnie dwóch Ubezpieczonych Głównych. Na rzecz Ubezpieczonego Głównego możesz zawrzeć także Umowy Dodatkowe
14. **Umowa Dodatkowa** – część Umowy, która zapewnia dodatkową ochronę ubezpieczeniową – na podstawie odrębnych ogólnych warunków ubezpieczenia
15. **Umowa Główna** – umowa ubezpieczenia na życie, którą zawierasz na rzecz każdego Ubezpieczonego Głównego. Umowa Główna składa się z ubezpieczenia na całe życie oraz ubezpieczenia w Okresie Podwyższonej Ochrony
16. **Umowa Ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa Główna albo Umowy Główne, łącznie z Umowami Dodatkowymi
17. **Uposażony** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony Główny, aby otrzymała pieniądze w razie jego śmierci
18. **Uposażony Zastępczy** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony Główny, aby otrzymała pieniądze, jeśli w chwili jego śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia
19. **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego w dniu rejestracji Wniosku, a następnie – w każdą Rocznicę Ubezpieczenia
20. **Wniosek Ubezpieczeniowy (Wniosek)** – Twoja oferta zawarcia Umowy lub Umowy Dodatkowej, którą składasz na przygotowanym przez nas formularzu
21. **Wykaz Opłat i Limitów** – dokument, który zawiera informacje o limitach, jakie stosujemy w Umowie, oraz informację jaki procent składek za ubezpieczenie na całe życie zwracamy w przypadku rozwiązania Umowy Głównej danego Ubezpieczonego Głównego z innego powodu niż śmierć tej osoby. Czytaj ten dokument łącznie z OWU

ZAWARCIE UMOWY

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

1. W Umowie Głównej ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego Głównego.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego Głównego w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie. Jeśli śmierć Ubezpieczonego Głównego następuje w Okresie Podwyższonej Ochrony, wypłacamy również Sumę Ubezpieczenia.

ART. 3 JAKA JEST SUMA UBEZPIECZENIA NA CAŁE ŻYCIE I SUMA UBEZPIECZENIA

1. We Wniosku wybierasz Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie i Sumę Ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego Głównego.
2. Uzgodnione sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

ART. 4 JAK ZAWRZEĆ UMOWĘ GŁÓWNĄ I UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Umowę Główną i Umowę Dodatkową zawierasz z nami po zbadaniu potrzeb ubezpieczeniowych: Twoich, Ubezpieczonego Głównego i Ubezpieczonego, oraz na podstawie Wniosku.
2. Umowę Dodatkową zawierasz z nami:
   a) jednocześnie z Umową Główną albo
   b) w czasie trwania Umowy – jest to dokupienie; ogólne warunki ubezpieczenia niektórych Umów Dodatkowych mogą nie przewidywać takiej możliwości.

   W czasie trwania Umowy możemy zaproponować Ci także inny tryb zawarcia Umowy Dodatkowej oraz inny czas trwania tej umowy.
3. Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
4. Możemy poprosić Ciebie, Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego o:
   a) dodatkowe informacje i dokumenty, w tym takie, które dotyczą stanu zdrowia, lub
   b) wykonanie badań analitycznych lub lekarskich – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
5. Wynik oceny ryzyka ubezpieczeniowego przekazujemy w jeden z następujących sposobów:
   a) doręczamy Ci Dokument Ubezpieczenia, w którym potwierdzamy naszą wolę zawarcia z Tobą Umowy Głównej lub Umowy Dodatkowej. W chwili, w której otrzymujesz ten dokument, zawierasz z nami Umowę lub Umowę Dodatkową na warunkach określonych w Twoim Wniosku,
   b) przedstawiamy Ci w Dokumencie Ubezpieczenia inne warunki Umowy lub Umowy Dodatkowej niż określone w Twoim Wniosku (warunki szczególne). Jeśli nie akceptujesz tych warunków, poinformuj nas o tym w ciągu 14 dni od otrzymania dokumentów. Jeśli tego nie zrobisz, zawierasz z nami te umowy z początkiem 15 dnia od otrzymania tych dokumentów – na warunkach, które określamy w Dokumencie Ubezpieczenia,
   c) odmawiamy zawarcia z Tobą Umowy lub Umowy Dodatkowej.

ART. 5 JAK DŁUGO TRWA UMOWA GŁÓWNA I UMOWY DODATKOWE

1. Umowę Główną zawierasz z nami na czas nieokreślony.
2. Umowę Dodatkową zawierasz z nami:
   a) na rok – w przypadku, gdy zawierasz daną Umowę Dodatkową razem z Umową Główną oraz gdy zawierasz Umowę Dodatkową na kolejny okres,
   b) do końca danego Roku Ubezpieczenia – w przypadku dokupienia; jeśli składasz Wniosek o dokupienie, gdy do końca Roku Ubezpieczenia pozostało mniej niż 49 dni, Umowę Dodatkową zawierasz do końca kolejnego Roku Ubezpieczenia.

   Ogólne warunki ubezpieczenia niektórych Umów Dodatkowych mogą przewidywać inny czas trwania Umowy Dodatkowej.

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

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy danego Ubezpieczonego Głównego, rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Ochrona nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas pierwszej Składki, która wynika z Umowy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy danego Ubezpieczonego Głównego, kończy się:
   a) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej tego Ubezpieczonego Głównego,
   b) w chwili śmierci tego Ubezpieczonego Głównego,
   c) gdy wygaśnie lub zostanie rozwiązana Umowa.

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

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

ART. 8 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

1. Zanim zawrzesz z nami Umowę lub Umowę Dodatkową, przekazujemy Ci:
   a) OWU,
   b) ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i
   c) inne dokumenty, których wymaga prawo.
2. Raz w roku przekazujemy Ci informacje o wysokości wszystkich świadczeń z Umowy, jeśli kwoty te się zmieniają. Informacje przekazujemy pisemnie albo w innej, uzgodnionej z Tobą formie.
3. Wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia (świadczenie ubezpieczeniowe) w razie śmierci Ubezpieczonego Głównego oraz wypłacamy pieniądze lub realizujemy świadczenia w razie innych zdarzeń objętych ubezpieczeniem w zawartych z nami Umowach Dodatkowych. Okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia ani nie realizujemy świadczeń z Umowy Dodatkowej, wskazujemy w OWU lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 9 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI ORAZ OBOWIĄZKI KAŻDEGO UBEZPIECZONEGO

1. Ty, jako osoba, która zawarła z nami Umowę, masz obowiązek:
   a) opłacać Składki w uzgodnionych z nami terminach,
   b) informować nas o zmianie danych osobowych i teleadresowych – swoich, Ubezpieczonego Głównego i Ubezpieczonego.
2. Ty, Ubezpieczony Główny i Ubezpieczony macie obowiązek udzielić zgodnych z prawdą odpowiedzi na nasze pytania, które zadajemy, zanim:
   a) zawrzemy z Tobą Umowę Główną lub Umowę Dodatkową,
   b) podwyższymy Sumę Ubezpieczenia lub sumę ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub wykonamy inną zmianę zakresu ubezpieczenia.
3. Jeśli śmierć Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy, zanim zawarliśmy z Tobą Umowę Główną lub Umowę dodatkową terminowego ubezpieczenia na życie albo zanim podwyższyliśmy sumy ubezpieczenia w którejkolwiek z tych umów, i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo w ciągu trzech lat od:
   a) zawarcia takiej umowy – odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia,
   b) podwyższenia sumy ubezpieczenia – wypłacić kwotę sprzed podwyższenia.
4. Jeśli zdarzenie, które jest objęte ubezpieczeniem w Umowie Dodatkowej innej niż na życie, jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem tej umowy albo przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia w tej umowie i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo:
   a) odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia lub odmówić realizacji świadczeń, które przewiduje Umowa Dodatkowa – gdy zadaliśmy pytania przed zawarciem umowy – albo
   b) wypłacić kwotę sprzed podwyższenia – gdy zadaliśmy pytania przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia.

ART. 10 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI WOBEC UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia na życie na rzecz Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego, uzyskaj zgodę tych osób.
2. Przekaż Ubezpieczonemu Głównemu i Ubezpieczonemu – w uzgodnionej z nimi formie:
   a) treść OWU, ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy Dodatkowej oraz innych dokumentów, które otrzymujesz od nas – zanim Ubezpieczony Główny i Ubezpieczony wyrażą zgodę, abyśmy objęli ich ochroną ubezpieczeniową,
   b) informacje, że warunki Umowy się zmieniają, oraz jak wpłynie to na wartość świadczeń – zanim wyrazisz zgodę na takie zmiany,
   c) informacje, które otrzymujesz od nas o nowej wysokości świadczeń – jeśli zmieniają się w czasie trwania Umowy – najszybciej, jak to możliwe.
3. Jeśli nie wykonasz tych obowiązków, to ponosisz wobec nas odpowiedzialność – zgodnie z Kodeksem cywilnym.
4. Ubezpieczony Główny oraz Ubezpieczony mogą także od nas wymagać informacji o postanowieniach umowy zawartej na ich rzecz oraz udostępnienia OWU oraz ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków tych osób.

ART. 11 ILE KOSZTUJE UMOWA GŁÓWNA

1. Miesięczna składka za Ubezpieczonego Głównego pokrywa koszt ochrony ubezpieczeniowej, jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Wieku Ubezpieczonego Głównego,
   b) Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie,
   c) Sumy Ubezpieczenia oraz długości Okresu Podwyższonej Ochrony,
   d) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Taryfy składek ustalamy w taki sposób, aby zapewniały co najmniej:
   a) wykonanie wszystkich naszych zobowiązań, które wynikają z zawartych Umów Głównych, w tym pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, oraz
   b) pokrycie kosztów naszej działalności ubezpieczeniowej.
3. Przy ustalaniu taryf składek uwzględniamy:
   a) czas trwania ubezpieczenia,
   b) co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia) i ile pieniędzy wypłacamy,
   c) okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia.
4. Minimalne składki, które obowiązują w Umowie, wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.

5. Składkę za Umowę Główną danego Ubezpieczonego Głównego przestajesz opłacać od Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po 85 urodzinach tego Ubezpieczonego Głównego. Mimo tego Suma Ubezpieczenia na Całe Życie nadal obowiązuje – w takiej samej wysokości, jak w poprzednią Rocznicę Ubezpieczenia.

ART. 12 ILE KOSZTUJE UMOWA DODATKOWA

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

ART. 13 JAK WPŁACAĆ SKŁADKI I JAKIE SĄ SKUTKI NIEOPŁACENIA SKŁADKI

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

ZMIANY W UMOWIE

ART. 14 JAK OBJĄĆ OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ DRUGIEGO UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO

1. Na Twój Wniosek w czasie trwania Umowy możemy objąć ochroną ubezpieczeniową drugiego Ubezpieczonego Głównego:
   a) za jego zgodą i
   b) według zasad, które stosujemy, gdy zawieramy z Tobą Umowę.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
   a) od najbliższego Miesiąca Polisowego po tym, gdy zaakceptujemy Twój Wniosek, i
   b) najwcześniej następnego dnia po tym, gdy wpłacisz Składkę w nowej wysokości.

ART. 15 JAK PODWYŻSZYĆ ALBO OBNIŻYĆ SUMĘ UBEZPIECZENIA, SUMĘ UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LUB INNE ŚWIADCZENIE

1. Zmiana Sumy Ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub innego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej następuje na Twój wniosek, wymaga naszej akceptacji oraz powoduje zmianę Składki.
2. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Główną, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
   a) różnicę między nową a dotychczasową Sumą Ubezpieczenia,
   b) Wiek Ubezpieczonego Głównego w dniu rejestracji wniosku o zmianę,
   c) czas, jaki pozostał do zakończenia Okresu Podwyższonej Ochrony,
   d) wyniki naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Dodatkową, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
   a) różnicę między nową a dotychczasową sumą ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub różnicę między nowym a dotychczasowym innym świadczeniem,
   b) Wiek Ubezpieczonego w dniu rejestracji wniosku o zmianę,
   c) wyniki naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Przed podwyższeniem możemy poprosić osobę, której zmiana dotyczy, aby:
   a) uzupełniła informacje we wniosku o zmianę,
   b) przekazała nam informacje o stanie swojego zdrowia lub
   c) wykonała badania lekarskie – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
5. Możesz złożyć wniosek o obniżenie Sumy Ubezpieczenia, gdy miną co najmniej trzy lata od zawarcia Umowy i opłacisz Składki za ten okres.
6. Suma Ubezpieczenia, suma ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie zmienia się:
   a) od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę,
   b) w przypadku podwyższenia – od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę i otrzymaniu podwyższonej Składki.

   Jeśli składasz wniosek później niż na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to zmiana obowiązuje najwcześniej od tej Rocznicy Ubezpieczenia.
7. Nie możesz zmienić Sumy Ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej ani innego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w okresie, w którym przejęliśmy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki.

ART. 16 NA CZYM POLEGA INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji:
   a) Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie,
   b) Sumy Ubezpieczenia,
   c) sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub innych świadczeń, dla których ogólne warunki ubezpieczenia tej Umowy Dodatkowej umożliwiają indeksację,
   d) regularnej składki kapitałowej

   – i zapobiega istotnej utracie ich realnych wartości w długim okresie.
2. Propozycję indeksacji przygotowujemy na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia. Propozycja ta zawiera nowe sumy ubezpieczenia i nową Składkę.
3. Wskaźnik indeksacji ustalamy w miesiącu kalendarzowym poprzedzającym o trzy miesiące miesiąc, w którym przypada Rocznica Ubezpieczenia. Obliczamy go jako średnią arytmetyczną z dwóch rocznych wskaźników:
   a) ogłoszonego przez uprawniony do tego urząd średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych w danym miesiącu w odniesieniu do analogicznego miesiąca poprzedniego roku (pot. roczna inflacja), wyrażonego w procentach, oraz
   b) średniej arytmetycznej ostatnich 12 wskaźników wzrostu ogłoszonego przez uprawniony do tego urząd przeciętnego miesięcznego nominalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w odniesieniu do analogicznego miesiąca poprzedniego roku, wyrażonych w procentach.

   Do obliczeń każdorazowo przyjmujemy opublikowane przez uprawniony do tego urząd dane za miesiąc poprzedzający miesiąc, w którym obliczamy wskaźnik indeksacji. Gdy nie są jeszcze opublikowane ostateczne dane, to do obliczeń przyjmujemy dane wstępne (informacja sygnalna), a gdy te dane również nie są dostępne - dane za ostatni miesiąc, za który są dostępne.
   Gdy obliczamy średnie arytmetyczne stosujemy zaokrąglenia do dwóch miejsc po przecinku.
   W dniu wejścia w życie tych OWU urzędem uprawnionym do ogłaszania i publikowania wskaźników, o których piszemy wyżej, jest Główny Urząd Statystyczny.
4. Wskaźnik indeksacji nie może być niższy od minimalnego wskaźnika indeksacji, który wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.
5. Indeksacja powoduje podwyższenie Składki.
6. Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Główną, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
   a) różnicę między nowymi a dotychczasowymi: Sumą Ubezpieczenia na Całe Życie i Sumą Ubezpieczenia,
   b) Wiek Ubezpieczonego Głównego w Rocznicę Ubezpieczenia,
   c) w Okresie Podwyższonej Ochrony – czas, jaki pozostał do zakończenia tego okresu,
   d) wyniki naszej wcześniejszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

7. Nie przygotowujemy propozycji indeksacji Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie dla Ubezpieczonego Głównego w Wieku 75 lat lub więcej.
8. Nie przygotowujemy propozycji indeksacji w okresie, w którym przejmujemy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki.
9. Indeksacja jest dobrowolna – możesz z niej zrezygnować najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia. Jeśli tego nie zrobisz, nasza oferta obowiązuje od Rocznicy Ubezpieczenia.
10. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne Lata Ubezpieczenia, to nie przygotujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji.

ART. 17 CZY I JAK ZAWRZEMY Z TOBĄ UMOWĘ DODATKOWĄ NA KOLEJNY OKRES

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

ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY

ART. 18 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD UMOWY LUB UMOWY DODATKOWEJ ALBO JE WYPOWIEDZIEĆ. KIEDY UMOWY TE ULEGAJĄ ROZWIĄZANIU

1. Możesz odstąpić od Umowy lub Umowy Dodatkowej w ciągu 30 dni od ich zawarcia. W ciągu 14 dni od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu zwracamy Ci:
   a) składkę za Umowę Główną oraz składki za Umowy Dodatkowe inne niż Umowa dodatkowa na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) – w przypadku odstąpienia od Umowy,
   b) składkę za Umowę Dodatkową – w przypadku odstąpienia od Umowy Dodatkowej innej niż Umowa dodatkowa na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK),

   przelewem na rachunek bankowy, który wskazujesz albo w inny uzgodniony z Tobą sposób.
2. Jeśli nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia najpóźniej w dniu zawarcia Umowy lub Umowy Dodatkowej, to możesz odstąpić od danej umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym się dowiadujesz o tym prawie.
3. Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową do dnia, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
4. Kwoty, które zwracamy w przypadku odstąpienia, mamy prawo pomniejszyć o:
   a) składkę za udzieloną przez nas ochronę ubezpieczeniową oraz
   b) koszty badań analitycznych lub lekarskich, które zostały wykonane na nasz koszt przed zawarciem Umowy lub Umowy Dodatkowej – jeśli występujesz z wnioskiem o udostępnienie wyników tych badań.
5. Możesz wypowiedzieć całą Umowę, Umowę Główną dla jednego Ubezpieczonego Głównego lub Umowę Dodatkową w dowolnym momencie w czasie trwania danej umowy. Dana umowa zostanie rozwiązana, gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy wypowiedzenie.
6. Umowa ulega rozwiązaniu także wtedy, gdy:
   a) masz opóźnienie w opłacaniu Składek, i nie wpłacasz Składki w terminie, który wskazujemy w dodatkowym piśmie,
   b) nie obejmujemy już ochroną ubezpieczeniową żadnego Ubezpieczonego Głównego.
7. Umowa Główna danego Ubezpieczonego Głównego ulega rozwiązaniu z chwilą jego śmierci.
8. Jeśli:
   a) opłacasz składkę za Umowę Główną danego Ubezpieczonego Głównego nieprzerwanie przez co najmniej 11 lat i
   b) ta umowa rozwiązuje się po tym okresie z innego powodu niż śmierć tej osoby,

   to zwracamy Ci odpowiedni procent zapłaconych składek za ubezpieczenie na całe życie tego Ubezpieczonego Głównego.
   Procent ten wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia – odrębnie dla każdego Ubezpieczonego Głównego – oraz w Wykazie Opłat i Limitów. Procent ten zależy od tego, za ile pełnych Lat Ubezpieczenia opłaciłeś składki za ubezpieczenie na całe życie tego Ubezpieczonego Głównego.
   Zwrot wykonujemy w ciągu 14 dni od rozwiązania Umowy w złotych polskich – przelewem na jeden rachunek bankowy, który wskazujesz, albo w inny uzgodniony z Tobą sposób .

WYPŁATA PIENIĘDZY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

ART. 19 KOMU WYPŁACAMY PIENIĄDZE Z UMOWY GŁÓWNEJ

1. Pieniądze z Umowy Głównej wypłacamy Uposażonemu, którego wskazuje Ubezpieczony Główny.
2. Ubezpieczony Główny może wskazać więcej niż jednego Uposażonego i określić, jak mamy podzielić wypłatę. Jeśli nie wskaże tego podziału – dzielimy ją na równe części.
3. Ubezpieczony Główny może zmienić lub odwołać Uposażonego w każdej chwili. Zmiana obowiązuje od dnia, w którym otrzymujemy oświadczenie o zmianie lub odwołaniu Uposażonego.
4. Jeśli Uposażony umiera przed śmiercią Ubezpieczonego Głównego albo umyślnie przyczynia się do jego śmierci, to tę część, która by mu przypadała, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
5. Jeśli w chwili śmierci Ubezpieczonego Głównego Uposażony, który nie jest osobą fizyczną, już nie istnieje, to tę część, która by mu przypadała, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Głównego nie ma Uposażonych, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
7. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Głównego nie ma Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, to pieniądze z tytułu jego śmierci wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego Głównego bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

ART. 20 ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY Z UMOWY GŁÓWNEJ

Jeśli Ubezpieczony Główny umiera w czasie ochrony ubezpieczeniowej, to wypłacamy:
a) Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie oraz Sumę Ubezpieczenia – jeśli śmierć Ubezpieczonego Głównego następuje w Okresie Podwyższonej Ochrony,

b) Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie – jeśli śmierć Ubezpieczonego Głównego następuje po zakończeniu Okresu Podwyższonej Ochrony,

które obowiązują w dniu śmierci Ubezpieczonego.

ART. 21 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA I KIEDY JE WYPŁACAMY

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna, i wypłacić pieniądze z Umowy Głównej, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego Głównego oraz:
   a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej ten wniosek,
   c) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci. Jeśli nie jest możliwe dostarczenie nam tych dokumentów, to prosimy o inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.
2. Dokumenty, których potrzebujemy do wypłaty pieniędzy z Umowy Dodatkowej, wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
3. W ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu, które jest objęte ubezpieczeniem, informujemy osobę uprawnioną, jakich dokumentów potrzebujemy.
4. Pieniądze wypłacamy w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy, który należy do osoby uprawnionej – albo w inny sposób, który uzgadniamy z tą osobą.
5. Pieniądze wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy wypłata przysługuje i w jakiej wysokości, to pieniądze wypłacamy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
6. Jeśli odmawiamy wypłaty lub wypłacamy część kwoty wskazanej we wniosku o wypłatę, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.

ART. 22 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY GŁÓWNEJ

Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Głównej, jeśli śmierć Ubezpieczonego Głównego następuje:

a) w wyniku samobójstwa w ciągu dwóch lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
b) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
c) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego Głównego w rozruchach lub zamieszkach,
d) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli Ubezpieczony Główny uczestniczył w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywał czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
e) w związku z udziałem Ubezpieczonego Głównego jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Aktach Przemocy innych niż te, które wymieniamy powyżej,
f) w związku z udziałem Ubezpieczonego Głównego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym.

ART. 23 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

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

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 24 DLACZEGO PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE I JAK JE ZBIERAMY

1. Gromadzimy i przetwarzamy tylko te dane osobowe, które są konieczne, abyśmy mogli zawrzeć Umowę i ją wykonywać. Jesteśmy administratorem tych danych.
2. Źródłem danych osobowych są dokumenty, które otrzymujemy, zanim zawrzemy Umowę lub w czasie jej trwania (formularze, wnioski o wypłatę, zawiadomienia).
3. Przetwarzamy dane osób, które:
   a) chcą zawrzeć z nami Umowę i chcą być objęte ochroną ubezpieczeniową,
   b) są uprawnione, aby otrzymać wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
4. Zgromadzone przez nas dane osobowe przetwarzamy w związku z tym, że zawieramy Umowę oraz na podstawie:
   a) zgód osób, których te dane dotyczą,
   b) przepisów prawa, w szczególności przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, a w przypadku Umowy dodatkowej na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) – także przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami,
   c) naszego prawnie uzasadnionego interesu, którym jest zawarcie i wykonanie Umowy oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
5. Zgromadzone dane możemy wykorzystać do:
   a) oceny ryzyka ubezpieczeniowego również na podstawie wiedzy o stanie zdrowia Ubezpieczonego Głównego i Ubezpieczonego,
   b) ustalenia zasadności i wysokości wypłaty.

   W czasie wykonywania takich czynności podejmujemy zautomatyzowane decyzje, które opierają się na profilowaniu danych. Profilowanie to dobór produktów ubezpieczeniowych, obliczanie składki lub wysokości wypłaty.
6. Osoba, której dane przetwarzamy, ma prawo:
   a) dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes administratora,
   b) do otrzymania wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionowania tej decyzji, wyrażenia własnego stanowiska oraz żądania rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika,
   c) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
   d) wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

e) przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Osoba, której dane przetwarzamy, przekazane dane osobowe może przesłać innemu administratorowi danych.

7. Dane osobowe, które przetwarzamy, możemy przekazać:
   a) innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia,
   b) Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
   c) w przypadku Umowy dodatkowej na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) – administracji skarbowej, na podstawie przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami,
   d) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, orzecznikom medycznym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
   e) innym podmiotom w celach marketingowych – pod warunkiem, że uzyskamy zgodę osoby, której dane dotyczą.
8. Dane Ubezpieczonych Głównych i Ubezpieczonych możemy uzyskać od innych ubezpieczycieli oraz podmiotów świadczących usługi medyczne na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą – jeśli oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe lub rozpatrujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
9. Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom, które mają siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony danych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator, na wniosek osoby, której dane osobowe dotyczą, udostępni kopię tych zabezpieczeń.
10. Dane osobowe przetwarzamy do:
    a) dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z tej Umowy lub
    b) ostatniego dnia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej,

    w zależności od tego, których z tych dni jest późniejszy.
11. Szczegółowy opis sposobu, w jaki przetwarzamy dane osobowe, umieszczamy na naszej stronie internetowej, w Polityce prywatności.

ART. 25 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

1. Reklamację, skargę lub zażalenie na nasze usługi można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa).
2. Można to zrobić:
   a) na piśmie:
      - w postaci papierowej – osobiście w każdej 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 do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie.
3. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
4. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
5. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie:
   a) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci papierowej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   b) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej. Odpowiedzi udzielimy:
      - z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego złożono reklamację, skargę lub zażalenie, albo innego środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez składającego reklamację, skargę lub zażalenie, w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
      - na adres składającego reklamację, skargę lub zażalenie do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały wysłane na adres do doręczeń elektronicznych;
   c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem składającego reklamację, skargę lub zażalenie – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone ustnie.
6. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.
7. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
8. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

ART. 26 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

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

ART. 27 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

1. Pieniądze z ubezpieczenia wypłacamy zgodnie z przepisami prawa podatkowego – wskazujemy je w polisie.
2. Ty oraz Ubezpieczony Główny i Ubezpieczony możecie przenieść prawa, które wynikają z Umowy, na inne osoby, jednak tylko za naszą zgodą.
3. Korespondencję związaną z Umową przesyłamy na ostatni podany przez Ciebie adres e-mail albo w inny sposób, który z Tobą uzgadniamy.
4. Korespondencję, która dotyczy wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia, kierujemy:
   a) na ostatni znany nam adres Uposażonego, Uposażonego Zastępczego lub innego uprawnionego z Umowy,
   b) na ostatni adres e-mail, który te osoby podały – jeśli zgodziły się na taką formę – albo
   c) w inny uzgodniony z tymi osobami sposób.

5. Oświadczenia, zawiadomienia i dyspozycje, które dotyczą Umowy, możesz składać:
   a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
   b) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl albo
   c) w inny, uzgodniony z nami sposób.

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

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 15/2026 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków o ubezpieczenie złożonych od 21 marca 2026 r.

WYKAZ OPŁAT I LIMITÓW (WO/TZ/3/2022)

1. Minimalna Składka

Minimalna Składka (z wyłączeniem Regularnej Składki Kapitałowej) za pierwszego Ubezpieczonego Głównego w Okresie Podwyższonej Ochrony	50 zł
Minimalna Składka za drugiego Ubezpieczonego Głównego lub kolejnego pełnoletniego Ubezpieczonego	25 zł

2. Minimalny wskaźnik indeksacji: 2%
3. Procent składek za ubezpieczenie na całe życie, który zwracamy, jeśli Umowa Główna Ubezpieczonego Głównego rozwiązuje się z innego powodu niż śmierć tej osoby:

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

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 20 kwietnia 2022 r. i wszedł w życie 1 czerwca 2022 r.

UMOWA

Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (OT/TZ/5/2025)

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

ZYTZTZIOT-O02 08/25

OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (OT/TZ/5/2025)

KTO ZAWIERA TYMCZASOWĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (STRONY UMOWY)

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Akt Przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiekolwiek dobro chronione prawem, z wyłączeniem przekroczenia granic obrony koniecznej lub granic stanu wyższej konieczności
2. **Akt Terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku śmierci każdego Ubezpieczonego:
   a) 35 000 zł – jeśli Ubezpieczony umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i w chwili śmierci jest pełnoletni,
   b) 7 000 zł – jeśli Ubezpieczony umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i w chwili śmierci nie jest pełnoletni,
   c) 100 zł oraz równowartość składki, którą wpłacasz za tego Ubezpieczonego – jeśli Ubezpieczony umiera z innej przyczyny niż wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
6. **Ubezpieczający (Ty)** – osoba, która składa Wniosek i zawiera z nami Tymczasową umowę ubezpieczenia na życie
7. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Tymczasowej umowie ubezpieczenia na życie i która jest wymieniona we Wniosku jako Ubezpieczony Główny albo Ubezpieczony
8. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa, którą chcesz z nami zawrzeć na podstawie Wniosku
9. **Uposażony** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała wypłatę w razie jego śmierci
10. **Uposażony Zastępczy** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała pieniądze, jeśli w chwili jego śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia
11. **Wniosek Ubezpieczeniowy (Wniosek)** – Twoja oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia i jednocześnie Tymczasowej umowy ubezpieczenia na życie, którą składasz na przygotowanym przez nas formularzu
12. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
13. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
    a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
    b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
    c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
    d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
    e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
    f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
    g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
    h) sporty walki;
    i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
    j) zorbing
14. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
    a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
    b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

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

ART. 3 JAK ZAWRZEĆ TYMCZASOWĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

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

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

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

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

Możesz odstąpić od Tymczasowej umowy ubezpieczenia na życie albo ją wypowiedzieć w każdej chwili w czasie trwania tej umowy. W takim

przypadku udzielamy ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o odstąpieniu albo o wypowiedzeniu.

ART. 6 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Jeśli Ubezpieczony umiera, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia.
2. Pieniądze wypłacamy Uposażonym, których Ubezpieczony wskazuje we Wniosku.
3. Jeśli Uposażony umiera przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynia się do jego śmierci, to tę część, która by mu przypadała, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
4. Jeśli w dniu śmierci Ubezpieczonego Uposażony, który nie jest osobą fizyczną, już nie istnieje, to tę część, która by mu przypadała, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, to pieniądze z tytułu jego śmierci wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

ART. 9 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

1) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
2) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,
3) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeżeli Ubezpieczony uczestniczył w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywał czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
4) w związku z udziałem Ubezpieczonego jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Aktach Przemocy innych niż te, które wskazujemy wyżej,
5) w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym,
6) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
7) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
8) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
9) w związku z Wyczynowym Uprawianiem Sportu lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

ART. 10 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

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

OWU umowy zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 124/2025 i obowiązują od 20 września 2025 r.

UMOWA DODATKOWA

Terminowe ubezpieczenie na życie

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

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

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

ZYTZTZITUZ-O01 03/23

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

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
2. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera w czasie trwania Umowy Dodatkowej; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
3. **Uposażony** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała wypłatę w razie jego śmierci
4. **Uposażony Zastępczy** – osoba którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała pieniądze, gdy w chwili jego śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy pełnoletni Ubezpieczony miałby 70 lat lub więcej, a Dziecko miałoby 18 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Pieniądze z Umowy Dodatkowej wypłacamy Uposażonemu, którego wskazuje Ubezpieczony.
2. Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Uposażonego i określić, jak mamy podzielić wypłatę. Jeśli nie wskaże tego podziału – dzielimy ją na równe części.
3. W każdej chwili Ubezpieczony może zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana obowiązuje od dnia, w którym otrzymujemy jego oświadczenie.
4. Jeśli Uposażony umiera przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynia się do jego śmierci, to tę część, która by mu przypadała, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
5. Jeśli w dniu śmierci Ubezpieczonego Uposażony, który nie jest osobą fizyczną, już nie istnieje, to tę część, która by mu przypadała, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
7. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, to pieniądze z tytułu jego śmierci wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
8. Jeśli Ubezpieczony umiera w czasie ochrony ubezpieczeniowej, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu jego śmierci.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

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

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

UMOWA DODATKOWA

Poważne zachorowanie

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZM/TZ/5/2026)

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

ZYTZPZM-O03 02/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZM/TZ/5/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
4. **Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania z danej grupy. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
5. **Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania ze wszystkich grup. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
6. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
7. **Poważne Zachorowanie** – choroba, procedura medyczna lub zaburzenie funkcji organizmu Ubezpieczonego, które:
   a) wystąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i
   b) w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji danego Poważnego Zachorowania.

   Poważne Zachorowania, które są objęte ubezpieczeniem – dla pełnoletnich Ubezpieczonych i Dzieci – oraz ich definicje znajdziesz na końcu tego dokumentu
8. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
9. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Poważnego Zachorowania; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
10. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
    a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
    b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.

    Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
11. **Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – stan, który nie rokuje poprawy i w którym Ubezpieczony nie może samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 6 miesięcy, przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:
    a) kąpiel – przez którą rozumiemy zdolność umycia się,
    b) ubieranie się – przez które rozumiemy zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
    c) przemieszczanie się – przez które rozumiemy zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
    d) korzystanie z toalety – przez które rozumiemy zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
    e) odżywianie się – przez które rozumiemy zdolność do spożycia posiłku.

    Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji stwierdza neurolog
12. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
    a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 66 lat i
    b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
13. **Ubytki Neurologiczne** – deficyt lub deficyty czynności układu nerwowego, które są spowodowane chorobą lub urazem i są stwierdzane wyłącznie w badaniu przedmiotowym wykonanym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga.
    Ubezpieczenie nie obejmuje schorzeń, w przypadku których warunkiem spełnienia definicji Poważnego Zachorowania jest powstanie deficytu lub deficytów czynności układu nerwowego, podczas gdy u Ubezpieczonego wystąpił wyłącznie jeden lub kilka z następujących symptomów:
    a) zmiany, które zostały stwierdzone jedynie w badaniach obrazowych,
    b) bóle głowy, zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji,
    c) napady padaczkowe,
    d) padaczka alkoholowa,

    bez współistniejących deficytów czynności układu nerwowego, stwierdzonych w przedmiotowym lekarskim badaniu neurologicznym
14. **Wada Wrodzona Dziecka** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
15. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
16. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
    a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
    b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
    c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
    d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;

e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
h) sporty walki;
i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
j) zorbing

17. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Umowę Dodatkową można zawrzeć w jednej z dwóch wersji – dla pełnoletnich Ubezpieczonych albo dla Dzieci.
3. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego – także wtedy, gdy jest ono skutkiem Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
4. Wypłata świadczenia za Poważne Zachorowanie wpływa na zakres udzielanej przez nas dalszej ochrony ubezpieczeniowej. W określonych przypadkach Ubezpieczony może otrzymać świadczenie za więcej niż jedno Poważne Zachorowanie.
5. Poważne Zachorowania, które są objęte ubezpieczeniem dzielimy na 7 grup – według tabeli Grupy Poważnych Zachorowań. W tabeli tej wskazujemy również:
a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej za każde Poważne Zachorowanie,
b) Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań,
c) Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

Grupy Poważnych Zachorowań

Grupa i Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań	**Poważne Zachorowanie – pełnoletni Ubezpieczeni**	**Poważne Zachorowanie – Dzieci**	**% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**
Grupa 1 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **150% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Zajście Poważnego Zachorowania z tej grupy, za które wypłacimy świadczenie, powoduje **rozwiązanie Umowy Dodatkowej** i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań, nawet jeśli nie został osiągnięty Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej.	1. sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu	1. sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu	150%
	2. śpiączka niefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne	2. śpiączka niefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne	150%
	-	3. cukrzyca typu 1 (insulinozależna)	150%
	3. porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji	-	150%
	4. choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%
	5. choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne oraz Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%
	6. choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki	-	150%
	7. postępujące porażenie nadjądrowe prowadzące do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego	-	150%
	8. dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%

Grupy Poważnych Zachorowań			
Grupa i Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań	**Poważne Zachorowanie – pełnoletni Ubezpieczeni**	**Poważne Zachorowanie – Dzieci**	**% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**
Grupa 2 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby, która nie przebyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW	1. infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby, która nie przebyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW	100%
	2. pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30%	-	10%
	3. operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii	-	100%
	4. operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej	-	100%
	5. operacja zastawek serca	-	100%
	6. pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)	-	100%
	7. pierwsza przezskórna interwencja wieńcowa	-	10%
	8. udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%
	9. udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%
	10. świeży zawał serca	-	100%
	11. amputacja kończyn		100%
Grupa 3 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%
	2. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%
	3. operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową	1. operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową	100%
	4. uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	2. uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	100%
	5. wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%
	6. wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%
	7. zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	3. zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	100%
	-	4. zapalenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	-	5. zapalenie mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%
	-	6. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	-	7. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%

Grupy Poważnych Zachorowań			
Grupa i Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań	**Poważne Zachorowanie – pełnoletni Ubezpieczeni**	**Poważne Zachorowanie – Dzieci**	**% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**
Grupa 4 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego	1. przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego	100%
	2. oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała	2. oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała	100%
	3. schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią	3. schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią	100%
	4. ciężka niewydolność wątroby	4. ciężka niewydolność wątroby	100%
	5. schyłkowa i nieodwracalna niewydolność oddechowa wymagająca przewlekłego domowego leczenia tlenem	-	100%
	6. gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie	-	100%
	7. choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca przynajmniej częściową resekcją jelita	-	100%
	8. toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	-	100%
	9. twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)	-	100%
	10. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem	-	100%
	11. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem	-	10%
Grupa 5 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. stwardnienie rozsiane	-	100%
	2. całkowita i nieodwracalna utrata mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna	-	100%
	3. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	1. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	100%
	4. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	2. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	25%
	5. wszczepienie implantu ślimakowego	3. wszczepienie implantu ślimakowego	10%
	6. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	4. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	100%
	7. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	5. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	50%
	8. tężec leczony szpitalnie	6. tężec leczony szpitalnie	100%
	9. wścieklizna leczona szpitalnie	7. wścieklizna leczona szpitalnie	100%
	10. choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	100%
Grupa 6 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania	1. nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania	100%
	2. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	2. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	3. łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm	3. łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm	10%
	4. usunięcie całego płuca	-	100%
	5. łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	4. łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	6. niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)	5. niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)	100%

Grupy Poważnych Zachorowań			
Grupa i Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań	**Poważne Zachorowanie – pełnoletni Ubezpieczeni**	**Poważne Zachorowanie – Dzieci**	**% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**
Grupa 7 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: **100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej**. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości	1. nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości	10%
Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej			**230%**

6. Za każde Poważne Zachorowanie, które wymieniamy w tabeli Grupy Poważnych Zachorowań, świadczenie wypłacamy tylko raz w ramach pierwszej i kolejnych Umów Dodatkowych. Ograniczenie to nie dotyczy nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości o innym umiejscowieniu niż nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
   Takie samo umiejscowienie oznacza, że nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości dotyczy tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu – w przypadku narządów położonych symetrycznie.

   Przykład 1
   Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy skóry w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, to nie otrzyma już świadczenia za kolejny taki nowotwór złośliwy skóry.

   Przykład 2
   Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy gruczołu piersiowego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, to nie otrzyma już świadczenia za taki nowotwór złośliwy drugiego gruczołu piersiowego.

7. Jeśli na skutek jednego Poważnego Zachorowania występuje inne Poważne Zachorowanie, które zgodnie z dokumentacją medyczną jest jego następstwem, to wypłacamy świadczenie tylko za to Poważne Zachorowanie, które wystąpiło jako pierwsze.
   Ograniczenie to nie dotyczy progresji nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, za który wypłaciliśmy 10% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, do nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, ani zmiany jego kwalifikacji na nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania. W takich przypadkach dopłacamy do % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który przewidujemy do wypłaty za nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania, nie więcej jednak niż:
   a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań

   ani

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

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

8. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, jeśli Ubezpieczony umiera w wyniku Poważnego Zachorowania w ciągu:
   a) 30 dni od jego wystąpienia – w przypadku: sepsy (posocznicy) leczonej w Szpitalu, 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 przynajmniej częściową 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.
9. Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje Poważne Zachorowanie spowodowane wyłącznie Nieszczęśliwym Wypadkiem.
10. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy za udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne, udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), pierwszą 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 przezskórnej 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.
    W takim przypadku zniesienie ograniczenia odpowiedzialności w tym zakresie zaproponujemy w odrębnej korespondencji.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie z grupy 1, za które wypłacimy świadczenie,
   e) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie, za które wypłata – wraz z wypłatami za wcześniejsze Poważne Zachorowania – spowoduje osiągniecie Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej,
   f) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 72 lata lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje,
   b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,

   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
4. Jeśli Poważne Zachorowanie jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

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

   Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy. W zakresie Poważnych Zachorowań z pozostałych grup nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
   Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.
2. Jeśli jako pierwsze występuje Poważne Zachorowanie z grupy 1, to wypłacamy Ubezpieczonemu 150% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia takiego Poważnego Zachorowania wygasa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.
3. Jeśli Poważne Zachorowanie z grupy 1 występuje jako kolejne, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zgodnie z tabelą Grupy Poważnych Zachorowań, nie więcej jednak niż % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia takiego Poważnego Zachorowania wygasa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.
4. Kwotę wypłaty obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Poważnego Zachorowania. Za taki dzień wystąpienia uznajemy:
   a) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku: operacji aorty wykonanej drogą laparotomii lub torakotomii, operacji mózgu wykonanej z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, operacji tętnicy płucnej wykonanej z otwarciem klatki piersiowej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), pierwszej przezskórnej interwencji wieńcowej, usunięcia całego płuca, wszczepienia implantu ślimakowego, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenie jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej przynajmniej częściową resekcją jelita,
   b) dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku: nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania, nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości,
   c) dzień wykonania badania diagnostycznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy, a następnie do zalecenia przeciwprątkowego leczenia szpitalnego Ubezpieczonego – w przypadku gruźlicy pozapłucnej z jednoczesnym zajęciem płuca leczonej szpitalnie,
   d) dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu, jeśli Ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego,
   e) ostatni dzień okresu, który wskazujemy w definicji Poważnego Zachorowania – w przypadku całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna oraz porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji,
   f) dzień uznania Ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do samodzielnej egzystencji – w przypadku choroby Alzheimera powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Parkinsona powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, dystrofii mięśniowej powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, uszkodzenia mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji,
   g) dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją Poważnego Zachorowania – w przypadku pozostałych Poważnych Zachorowań.
5. Jeśli po wystąpieniu udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutek tego Poważnego Zachorowania, to za dzień wystąpienia udaru mózgu z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi, uznajemy dzień wystąpienia udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych traktujemy jako część świadczenia za udar mózgu z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi. Takie zasady stosujemy również w przypadku:
   a) bakteryjnego albo wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujących trwałe Ubytki Neurologiczne,

b) zapalenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne oraz zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodujących trwałe Ubytki Neurologiczne.

Trwałe Ubytki Neurologiczne muszą utrzymywać się po 3 albo po 6 miesiącach – w zależności od okresu, który wskazujemy w definicji odpowiedniego Poważnego Zachorowania z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi.

6. Jeśli po 3 miesiącach od wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu o średnicy co najmniej 10 mm:
   a) zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutki tego Poważnego Zachorowania, albo
   b) zostanie on usunięty neurochirurgicznie lub będzie leczony radioterapią,

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY

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

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

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

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

a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką to Dziecko pozostaje,
c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
d) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
f) w związku z Wadą Wrodzoną Dziecka,
g) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
h) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
i) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

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

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

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
1	**amputacja kończyn** – jednoczesna utrata co najmniej dwóch kończyn lub ich części w wyniku choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku: a) na poziomie stawu skokowego lub powyżej – w przypadku kończyny dolnej, b) na poziomie nadgarstka lub powyżej – w przypadku kończyny górnej	✓	-
2	**bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne** – bakteryjne zakażenie półkul mózgu, pnia mózgu, móżdżku lub opon mózgowo-rdzeniowych, które spowodowało zaburzenia funkcji mózgu i spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza bakteryjną przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania. Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje neuroboreliozy	✓	-
3	**bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania	✓	-
4	**całkowita i nieodwracalna utrata mowy z powodów innych niż Choroba Psychiczna** – całkowita utrata funkcji mowy, którą spowodowało nieodwracalne uszkodzenie krtani lub nieodwracalne uszkodzenie ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem lub choroby innej niż Choroba Psychiczna. Całkowita utrata funkcji mowy musi utrzymywać się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Całkowitą i nieodwracalną utratę mowy stwierdza laryngolog lub neurolog	✓	-
5	**całkowita i nieodwracalna utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla któregokolwiek ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (także z wszczepieniem implantu ślimakowego)	✓	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
6	**całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości słyszenia jednym uchem, w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w jednym uchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu w jednym uchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla tego ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym	✓	✓
7	**całkowita i nieodwracalna utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym	✓	✓
8	**całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w jednym oku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym	✓	✓
9	**choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Alzheimera stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do których doszło w wyniku innych chorób	✓	-
10	**choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – postępująca choroba układu nerwowego, która doprowadziła do: zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej i szybko postępującego otępienia oraz zaburzenia funkcji ruchu, w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Creutzfeldta-Jakoba stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wyników badań EEG lub badań obrazowych	✓	-
11	**choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca przynajmniej częściową resekcją jelita** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która doprowadziła do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz przeprowadzenia przynajmniej częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego). Rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-
12	**choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego lub neuronów drogi piramidowej i powoduje trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się nieprzerwanie co najmniej przez 3 miesiące i prowadzą do zaburzeń motoryki. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie: a) stwardnienie zanikowe boczne, łac. Sclerosis Lateralis Amyotrophica (SLA), b) postępujący zanik mięśni, ang. Progressive Mascular Atrophy (PMA), c) pierwotne stwardnienie boczne, ang. Primary Lateral Sclerosis (PLS), d) postępujące porażenie opuszkowe, ang. Progressive Bulbar Palsy (PBP). Chorobę neuronu ruchowego stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania.	✓	-
13	**choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Parkinsona stwierdza neurolog na podstawie trwałych Ubytków Neurologicznych, charakterystycznych dla tego Poważnego Zachorowania. Ubezpieczenie nie obejmuje innych, poza chorobą Parkinsona, przyczyn parkinsonizmu (zespołu parkinsonowskiego)	✓	-
14	**ciężka niewydolność wątroby** – przewlekłe i nieodwracalne stadium choroby wątroby, w przebiegu którego: a) hepatolog lub gastroenterolog stwierdził występowanie przewlekłej choroby wątroby, b) występowały co najmniej dwa z wymienionych objawów przez co najmniej 3 miesiące udokumentowanej obserwacji lekarskiej: • trwała żółtaczka, • wodobrzusze niepoddające się leczeniu, • encefalopatia wrotna, • żylaki przełyku (wystarczy jednokrotne stwierdzenie w badaniu gastroskopowym). Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia: • leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, • leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę	✓	✓
15	**cukrzyca typu 1 (insulinozależna)** – choroba metaboliczna, u podłoża której leży przewlekły, autoimmunologiczny proces, który doprowadził do zniszczenia komórek trzustki produkujących insulinę. Choroba ta jest leczona insuliną z uwagi na zagrożenie życia. Cukrzycę stwierdza diabetolog	-	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
16	**dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która spowodowała postępujący zanik mięśni i doprowadziła do trwałych zaburzeń ich funkcji – w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Dystrofię mięśniową stwierdza neurolog na podstawie: a) standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz b) wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków postępującego zaniku mięśni, który jest spowodowany przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi	✓	-
17	**gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie** – zakażenie prątkiem z grupy Mycobacterium tuberculosis complex (Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum) w stadium aktywnej choroby z zajęciem co najmniej jednej struktury pozapłucnej (np. opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu) oraz z jednoczesnym zajęciem płuca. W wyniku tego zakażenia zostało podjęte pełne leczenie przeciwprątkowe podczas pobytu w Szpitalu. Ubezpieczenie obejmuje także gruźlicę prosówkową. Podstawą do stwierdzenia gruźlicy są: a) objawy charakterystyczne dla aktywnej choroby, b) wyniki badań obrazowych i bakteriologicznych. Ubezpieczenie nie obejmuje: • takiego stanu, który opisany jest wyłącznie pozytywnym wynikiem skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe, • bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej	✓	-
18	**infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW), u osoby która nie przebyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy przed IZW** – zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, które składają się ze skrzeplin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdzia), stwierdzonych w obrazach echokardiograficznych, u osoby, która nie przebyła operacji zastawki serca w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zapalenie wsierdzia. Infekcyjne zapalenie wsierdzia stwierdza lekarz chorób wewnętrznych lub kardiolog na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych, które wykazują obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia w 2 różnych posiewach	✓	✓
19	**łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne** – niezłośliwy nowotwór zlokalizowany wewnątrz kanału kręgowego, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią lub który – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż przez 3 miesiące od dnia stwierdzenia guza. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: ziarniniaków, ropni, krwiaków, tętniaków, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, przepukliny krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, urazów kręgosłupa	✓	✓
20	**łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia stwierdzenia guza. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, tętniaków, krwiaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego	✓	✓
21	**łagodny nowotwór mózgu o średnicy co najmniej 10 mm** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, o średnicy co najmniej 10 mm. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje krwiaków, ropni, ziarniniaków ani tętniaków	✓	✓
22	**niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku, która przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25%. Niedokrwistość aplastyczną (aplazję szpiku) stwierdza hematolog na podstawie występowania co najmniej 2 spośród 3 poniższych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi: a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm^3, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm^3, c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm^3. Ponadto Ubezpieczony musi spełnić jeden z poniższych warunków: • musi być leczony co najmniej 2 przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego w ciągu 3 kolejnych miesięcy, • otrzymywać leczenie immunosupresyjne, • poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi. Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowej lub odwracalnej postaci niedokrwistości aplastycznej	✓	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
23	**nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości. Ubezpieczenie obejmuje następujące nowotwory złośliwe w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości: a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą, b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), d) rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa, f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika. Ubezpieczenie nie obejmuje: • dysplazji, • zmian przedrakowych, • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia	✓	✓
24	**nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje: • nowotworów, które spełniają definicję nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, • guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne). Ubezpieczenie nie obejmuje: • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia	✓	✓
25	**oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała** – uszkodzenie skóry, które powstało w wyniku poparzenia 3-go stopnia i które obejmuje co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi	✓	✓
26	**operacja aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wyłączeniem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii. Operacja ta polega na: a) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub b) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje operacyjnego leczenia zastawek aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji aorty, które wykorzystują mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze, polegające na wprowadzeniu stentu albo stentgraftu do aorty	✓	-
27	**operacja mózgu wykonana z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową** – operacja neurochirurgiczna mózgu, wykonana z powodu choroby, w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, na podstawie wskazań neurochirurga. Ubezpieczenie obejmuje także operacyjne otwarcie czaszki w celu usunięcia ropnia mózgu. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu, która jest wykonywana w celu diagnostyki lub leczenia nowotworu ani udaru mózgu	✓	✓
28	**operacja tętnicy płucnej wykonana z otwarciem klatki piersiowej** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym lub nacięciu tętnicy i usunięciu z niej materiału zatorowego. Operacja ta jest przeprowadzana na podstawie wskazań kardiologa lub kardiochirurga. Ubezpieczenie nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu technik śródnaczyniowych ani środków farmakologicznych	✓	-
29	**operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych	✓	-

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
30	**pierwotna kardiomiopatia rozstrzeniowa powodująca obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 30%** – pierwotna choroba mięśnia sercowego, która prowadzi do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Kardiomiopatię rozstrzeniową stwierdza kardiolog na podstawie stwierdzenia obniżenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca (ang. EF – Ejection Fraction) poniżej 30% w dwóch kolejnych badaniach echokardiograficznych, wykonanych w odstępie co najmniej 3 miesięcy. Ubezpieczenie nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej	✓	-
31	**pierwsza przezskórna interwencja wieńcowa** – pierwszy w życiu Ubezpieczonego zabieg wewnątrznaczyniowy, który jest przeprowadzany w celu korekcji zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Rozległość zwężenia lub niedrożność tętnic wieńcowych oraz fakt przeprowadzenia zabiegu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia specjalistycznego oraz w koronarografii	✓	-
32	**pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia takiej operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog	✓	-
33	**porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn, którą spowodowały Nieszczęśliwy Wypadek lub choroba oraz która nie rokuje poprawy i występuje przez co najmniej 3 kolejne miesiące. Rozpoznanie i zakres zmian stwierdza neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje osłabienia siły mięśni, które przejawia się w postaci niedowładów, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych). W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje porażenia kończyn w przebiegu choroby neuronu ruchowego, stwardnienia rozsianego ani łagodnego guza kanału kręgowego	✓	-
34	**postępujące porażenie nadjądrowe prowadzące do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która doprowadziła do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego. Postępujące porażenie nadjądrowe stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wystąpienia stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy	✓	-
35	**przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego** – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu Ubezpieczonemu, jako biorcy, zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka albo szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego Poważnym Zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy z powodu choroby hematologicznej szpiku. Poważnym Zachorowaniem jest także fakt zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregokolwiek z wymienionych narządów. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) przeszczepu innego narządu niż wymienione, b) przeszczepu wysp trzustkowych ani c) przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu szpiku kostnego w przebiegu niedokrwistości aplastycznej (aplazji szpiku) ani w przebiegu chorób innych niż hematologiczne	✓	✓
36	**schyłkowa i nieodwracalna niewydolność oddechowa wymagająca przewlekłego domowego leczenia tlenem** – schyłkowe i nieodwracalne stadium choroby płuc, które spowodowało obniżenie wydolności oddechowej, które spełnia łącznie wszystkie poniżej określone warunki: a) wymaga stosowania codziennej tlenoterapii przez co najmniej 3 miesiące z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii), potwierdzonej kwalifikacją specjalisty chorób płuc do domowego leczenia tlenem (DLT) w czasie co najmniej 15 godzin na dobę, b) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej jest niższe lub równe 55 mm Hg (pO2 =< 55 mm Hg), według wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej, wykonanego jako element kwalifikacji lekarskiej do domowego leczenia tlenem (DLT), c) występuje duszność spoczynkowa, gdy nie stosuje się suplementacji tlenowej w okresie domowego leczenia tlenem (DLT). Schyłkową i nieodwracalną niewydolność oddechową stwierdza pulmonolog	✓	-
37	**schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią** – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii. Schyłkową niewydolność nerek stwierdza nefrolog. Ubezpieczenie nie obejmuje ostrej niewydolności nerek, która wymaga jedynie okresowej dializoterapii	✓	✓
38	**sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu** – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz: a) jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i b) spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy: • w przypadku osób dorosłych – według konsensusu Sepsis-3 lub według nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu, • w przypadku Dzieci – zgodnie kryteriami IPSCC (International Pediatric Sepsis Consensus Conference) z 2005 r., opartymi na stwierdzeniu zakażenia oraz zespołu uogólnionej reakcji zapalnej SIRS (Systemic Inflamatory Response Syndrome) lub zgodnie z konsensusem z 2024 r. International Consenus Criteria for Pediatric Sepsis or Septic Shock, opartym o skalę PSS (Phoenix Sepsis Score) lub według nowszych wytycznych, które są kontynuacją konsensusu z 2024 r., i c) jest leczona w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy	✓	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
39	**stwardnienie rozsiane** – choroba zapalna układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami demielinizacyjnymi. Stwardnienie rozsiane stwierdza neurolog na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonalda). Ubezpieczenie nie obejmuje: • rozpoznania tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome), • procesów demielinizacyjnych nie zakończonych jednoznacznym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w tym rozpoznania prawdopodobnego stwardnienia rozsianego (ang. possible MS – possible multiple sclerosis)	✓	-
40	**śpiączka niefarmakologiczna powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne** – stan utraty przytomności z brakiem odruchu rogówkowego oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne: a) który trwa w sposób ciągły i wymaga intubacji oraz mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin po zakończeniu śpiączki farmakologicznej (po odstawieniu leków znieczulenia ogólnego) oraz b) którego skutkiem jest trwały Ubytek Neurologiczny, stwierdzony przez neurologa. Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia: • leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, • leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę	✓	✓
41	**świeży zawał serca** – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia świeżego zawału serca jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego, b) obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidoczniona badaniem angiograficznym. Ubezpieczenie nie obejmuje: • niestabilnej choroby wieńcowej, epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, w tym ostrego zespołu wieńcowego, któremu nie towarzyszy rozpoznanie zawału serca, • zawału serca typu 3 według konsensusu z 2018 r. Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, • zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów świeżego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi	✓	-
42	**tężec leczony szpitalnie** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (Clostridium tetani). Leczenie Poważnego Zachorowania polega na dożylnej antybiotykoterapii oraz podaniu Ubezpieczonemu surowicy przeciwtężcowej w czasie pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Podstawą do stwierdzenia tężca jest jeden z następujących objawów: a) bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny), b) bolesne skurcze mięśni tułowia, c) łukowate wygięcie ciała (opistotonus). Rozpoznanie musi być także potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi	✓	✓
43	**toczeń rumieniowaty układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi. Podstawą do stwierdzenia tocznia rumieniowatego układowego (SLE) są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2019 r. lub ich kontynuacje. Ubezpieczenie nie obejmuje tocznia rumieniowatego układowego polekowego ani tocznia rumieniowatego krążkowego	✓	-
44	**twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Podstawą do stwierdzenia twardziny układowej są standardy medyczne opracowane przez EULAR/ACR (European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus) w 2013 r. lub ich kontynuacje. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijnych stwardnień powłok lub ograniczonych plam – morphea), b) eozynofilowego zapalenia powięzi, c) zespołu CREST	✓	-
45	**udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej (również móżdżku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności: a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, b) obecność nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania, c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla świeżego udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: • epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND), • zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, • wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, • patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki), • innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w Szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu)	✓	-

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
46	**udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania	✓	-
47	**usunięcie całego płuca** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na usunięciu całego płuca. Konieczność przeprowadzenia operacji musi wynikać z choroby albo Nieszczęśliwego Wypadku. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji, która polega na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu)	✓	-
48	**uszkodzenie mózgu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku i spowodowało wystąpienie trwałych Ubytków Neurologicznych oraz Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Uszkodzenie mózgu stwierdza neurolog na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: a) uszkodzenia rdzenia kręgowego, b) zaburzeń czynności lub uszkodzenia mózgu, które nie są bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub są skutkiem choroby, w tym występującej nagle	✓	✓
49	**wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne** – zakażenie wirusowe półkul mózgu, pnia mózgu, móżdżku lub opon mózgowo-rdzeniowych, która spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza wirusową przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania. Wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog	✓	-
50	**wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia rozpoznania	✓	-
51	**wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem** – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego. Rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-
52	**wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem** – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do chirurgicznego usunięcia części jelita grubego. Rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-
53	**wszczepienie implantu ślimakowego** – wszczepienie w czasie zabiegu operacyjnego urządzenia elektronicznego, które pozwala na rozpoczęcie rehabilitacji słuchu u osoby z obustronną głuchotą lub obustronnym głębokim niedosłuchem	✓	✓
54	**wścieklizna leczona szpitalnie** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa, która przebiega klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i skutkuje zastosowaniem leczenia podczas pobytu w Szpitalu. Podstawą do stwierdzenia wścieklizny są obowiązujące kliniczne kryteria diagnostyczne i kryteria laboratoryjne, które określa Państwowy Zakład Higieny	✓	✓
55	**zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych** – choroba, która wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) i którą potwierdzają pozytywne wyniki 2 testów: test na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz test Western Blot lub PCR. Poważne Zachorowanie musi być spowodowane przetoczeniem krwi lub preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej: a) przetoczenie to było niezbędne z medycznego punktu widzenia, b) przetoczenie miało miejsce po zawarciu pierwszej Umowy Dodatkowej, c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia, d) krew lub preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia, e) Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) ani hemofilię. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych, w tym przypadków, gdy do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków	✓	✓
56	**zapalenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne** – zakażenie, w którym proces chorobowy obejmuje półkule mózgowe, pień mózgu lub móżdżek i które spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania. Zapalenie mózgu rozpoznaje neurolog	-	✓
57	**zapalenie mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji zapalenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania	-	✓
58	**zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne** – zakażenie, w którym proces chorobowy obejmuje opony mózgowo-rdzeniowe i spełnia następujące warunki: a) wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdza przyczynę zachorowania oraz b) trwałe Ubytki Neurologiczne utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych rozpoznaje neurolog	-	✓
59	**zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od dnia rozpoznania	-	✓

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 17/2026 i obowiązują od 21 marca 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Leczenie za granicą

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?
Nasz partner, firma Further Underwriting International SLU (dalej: Further), zorganizuje i opłaci:
- Twoje leczenie za granicą, jeśli zachorujesz na nowotwór lub gdy lekarz zaleci Ci operację: pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), wymiany lub naprawy zastawki serca, neurochirurgiczną albo przeszczepu,
- podróż oraz zakwaterowanie za granicą – zarówno Twoje, jak i osoby towarzyszącej, a także dawcy (w przypadku przeszczepu).

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

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

Zwróć uwagę
Na każdym etapie leczenia pomocą będzie Ci służyć firma Further, która:
- potwierdzi z zagranicznymi specjalistami Twoją diagnozę,
- przedstawi Ci do wyboru kliniki, w których można przeprowadzić leczenie,
- zajmie się organizacją Twojego wyjazdu, pobytu za granicą oraz powrotu do kraju.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?
Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta: **22 749 97 41**.
Jest ono czynne 24 godz. na dobę, 7 dni w tygodniu.

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „LECZENIE ZA GRANICĄ” (LZ/TZ/7/2026)

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

ZYTZTZILZ-O03 02/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „LECZENIE ZA GRANICĄ" (LZ/TZ/7/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Obsługi Klienta Further** – całodobowe centrum zgłoszeniowe (tel. +48 22 749 97 41 , opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne i dokumenty od Ubezpieczonego, weryfikuje jego prawo do uzyskania usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz koordynuje ich organizację. Obsługa ta odbywa się w języku polskim
2. **Certyfikat Leczenia za Granicą (Certyfikat)** – pisemna zgoda, którą wydaje Further w naszym imieniu, na pokrycie kosztów Leczenia za Granicą oraz innych usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem i wiążą się z realizacją tego leczenia. Certyfikat jest ważny przez 3 miesiące od dnia jego wystawienia
3. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
4. **Dawca** – żywa osoba, od której są pobierane komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu
5. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
6. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia przyjęcia do dnia wypisu włącznie
7. **Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym danej specjalizacji. Wybór Eksperta następuje z uwzględnieniem specyfiki schorzenia Ubezpieczonego
8. **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: Calle Paseo Recoletos 12, 28001 Madryt), za pośrednictwem którego zapewniamy organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, w tym nadzór nad procesem leczenia Ubezpieczonego
9. **Inżynieria Tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi
10. **Leczenie Alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej, w tym akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna
11. **Leczenie Eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które są w trakcie badań lub testów, niezależnie od tego, na jakim etapie są te badania lub testy
12. **Leczenie za Granicą** – leczenie Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego, które:
    a) odbywa się poza Polską, w Placówce Medycznej wybranej przez Ubezpieczonego spośród co najmniej 3 placówek rekomendowanych przez Further oraz
    b) jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, tj.:
    - jest zalecane w celu leczenia Poważnego Stanu Chorobowego lub poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego i
    - jest uznawane za najbardziej efektywny w poprawie wyników zdrowotnych – zarówno od strony medycznej, jak i kosztowej – sposób leczenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat danego Poważnego Stanu Chorobowego.

    Oceny, czy leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, dokonuje zespół medyczny Further, z uwzględnieniem zakresu ubezpieczenia, rekomendacji Eksperta z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej oraz we współpracy z lekarzem prowadzącym Leczenie za Granicą, zgodnie z literaturą medyczną, w szczególności – w przypadku leczenia nowotworów – z wytycznymi organizacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) lub ESMO (European Society for Medical Oncology)
13. **Lek** – substancja lub połączenie substancji, które lekarz prowadzący Leczenie za Granicą przepisuje Ubezpieczonemu i które są stosowane, aby:
    a) przywrócić, poprawić lub zmodyfikować funkcje fizjologiczne organizmu Ubezpieczonego lub
    b) pomóc w postawieniu diagnozy Ubezpieczonemu.

    Lek musi być wydawany na receptę i dopuszczony do obrotu w danym kraju. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego Leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu
14. **Moduł Ochrony** – jeden z 4 modułów, które wskazujemy w definicji Poważnego Stanu Chorobowego. Leczenie Poważnych Stanów Chorobowych w ramach Modułów Ochrony 2, 3 i 4 odbywa się wtedy, gdy choroba, która je spowodowała jest inna niż nowotwór. Leczenie nowotworów odbywa się w ramach Modułu Ochrony 1
15. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
    a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
    b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
    c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
16. **Okres Realizacji Świadczeń** – okres 36 miesięcy, który ustalamy odrębnie dla każdego Modułu Ochrony. Okres ten rozpoczyna się od pierwszego dnia pierwszej podróży Ubezpieczonego, którą organizuje Further na podstawie Certyfikatu dla pierwszego Poważnego Stanu Chorobowego z danego Modułu Ochrony. W okresie tym zapewniamy organizację i realizację wszystkich usług i świadczeń dla wszystkich Poważnych Stanów Chorobowych objętych ubezpieczeniem w tym Module Ochrony, o ile nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej lub nie wskazujemy inaczej w tym dokumencie
17. **Operacja** – każdy zabieg lub procedura medyczna o charakterze inwazyjnym, które są wykonywane w celu diagnostycznym lub terapeutycznym, w sali operacyjnej Szpitala, przez chirurga lub pod jego nadzorem
18. **Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą** – badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe Ubezpieczonego, które są organizowane przez lekarza, który posiada specjalistyczną wiedzę o chorobie Ubezpieczonego. Opieka ta odbywa się na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą i w zakresie, który ten lekarz wskazuje. Zalecenia te dotyczą typów procedur diagnostycznych oraz odstępów czasowych, w których powinny zostać wykonane.
    Celem tej opieki jest monitorowanie stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz ustalenie, czy Ubezpieczony może w przyszłości cierpieć na poważną chorobę oraz zapobieganie Poważnym Stanom Chorobowym lub ich nawrotom, gdy nie występują żadne objawy Poważnego Stanu Chorobowego
19. **Osoba Towarzysząca** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony i która towarzyszy mu w czasie Leczenia Za Granicą lub w czasie podróży do i z Placówki Medycznej
20. **Placówka Medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy (Szpital, przychodnia, gabinet lekarski), który:
    a) działa poza Polską, zgodnie z przepisami prawa miejscowego, i
    b) świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia i
    c) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
21. **Pobyt w Szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego lub Dawcy w Szpitalu, który trwa co najmniej 1 dzień i odbywa się w ramach Leczenia za Granicą. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu w ośrodku opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, izolatorium, ośrodku pomocy społecznej, domu

opieki, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym ani wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym ani szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym

22. **Poważny Stan Chorobowy**: stan chorobowy, który wskazujemy poniżej, z uwzględnieniem podziału na 4 Moduły Ochrony:
    a) Moduł Ochrony 1: nowotwór, który wystąpił po raz pierwszy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i w czasie tej ochrony spełnia warunki zawarte w definicji tego Poważnego Stanu Chorobowego, która znajduje się na końcu tego dokumentu,

    oraz

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

    pod warunkiem, że zarówno rozpoznanie choroby, która powoduje konieczność przeprowadzenia zabiegu sercowo-naczyniowego, zabiegu neurochirurgicznego lub przeszczepu, jak i sama konieczność przeprowadzenia tego zabiegu lub przeszczepu, występują po raz pierwszy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji tego Poważnego Stanu Chorobowego, która znajduje się na końcu tego dokumentu
23. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, jaką możesz wykorzystać jako świadczenie ubezpieczeniowe na pokrycie kosztów Leczenia za Granicą oraz innych usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem i wiążą się z realizacją tego leczenia
24. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
25. **Terapia Genowa** – postępowanie, które dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych)
26. **Terapia Komórkami Somatycznymi** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom
27. **Terapia Limfocytami CAR-T** (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi) – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w specjalnym laboratorium tak, by były w stanie znaleźć i zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta
28. **Transport Medyczny** – transport Ubezpieczonego ambulansem naziemnym lub powietrznym, który jest niezbędny z medycznego punktu widzenia. Transport ten zatwierdza i organizuje Further
29. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie i która:
    a) mieszka na stałe w Polsce i
    b) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 66 lat
30. **Zagraniczna Druga Opinia Medyczna** – opinia, którą sporządza Ekspert na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. Opinia ta zawiera:
    a) weryfikację wcześniej postawionej diagnozy,
    b) propozycję optymalnego planu leczenia

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

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

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

    do wysokości Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

    Szczegółowe zasady korzystania z usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie oraz informacje o kosztach, które pokrywamy w ramach ubezpieczenia, znajdziesz w dalszej części tego dokumentu.
4. Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej jest równa 2 000 000 euro – łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych.
5. W ramach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej obowiązują następujące limity:

Rodzaj wypłaty	Limit
Pobyt w Szpitalu	Maksymalnie 6000 euro: • 100 euro za 1 Dzień Pobytu w Szpitalu, • wypłata maksymalnie za 60 Dni Pobytu w Szpitalu w czasie leczenia jednego Poważnego Stanu Chorobowego
Pokrycie kosztów Leków po Leczeniu za Granicą	Maksymalnie 50 000 euro łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych.

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

Stanu Chorobowego uznajemy dzień wykonania badania fizykalnego, laboratoryjnego lub obrazowego, które było podstawą do postawienia wstępnej diagnozy nowotworu,
b) dzień, w którym Ubezpieczony po raz pierwszy otrzymał pisemne zalecenie wykonania zabiegu operacyjnego od lekarza odpowiedniej specjalności – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), operacji zastawki serca, zabiegu neurochirurgicznego,
c) dzień, w którym Ubezpieczony po raz pierwszy otrzymał pisemne zalecenie wykonania przeszczepu od lekarza odpowiedniej specjalności – w przypadku przeszczepu narządów i przeszczepu szpiku kostnego.

12. Ubezpieczony może korzystać z usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie w okresie, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
13. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznawiamy dostęp do usług i świadczeń.
14. 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 Umową 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.
15. 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.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
    a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
    b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
    c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
    d) gdy zostanie wykorzystana Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
    e) gdy zostaną wykorzystane Okresy Realizacji Świadczeń dla wszystkich 4 Modułów Ochrony,
    f) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
    g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli:
    a) Ubezpieczony wykorzystał Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub Okresy Realizacji Świadczeń dla wszystkich 4 Modułów Ochrony lub
    b) którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Leczenia za Granicą, to ma obowiązek:
a) skontaktować się z Centrum Obsługi Klienta Further oraz zapewnić bezpłatny dostęp do swojej dokumentacji medycznej, która znajduje się w jego posiadaniu lub w posiadaniu lekarzy, Szpitali lub innych Placówek Medycznych odpowiedzialnych za leczenie Ubezpieczonego do dnia zgłoszenia, w zakresie niezbędnym do ustalenia historii medycznej Poważnego Stanu Chorobowego oraz organizacji Leczenia za Granicą,
b) odpowiedzieć na pytania konsultanta Further, które dotyczą stanu zdrowia i wypełnić otrzymane z Further formularze,
c) wybrać Placówkę Medyczną, w której chce skorzystać z leczenia – spośród placówek, które rekomenduje Further; jeśli Ubezpieczony nie dokona tego wyboru lub nie rozpocznie leczenia w wybranej Placówce Medycznej w ciągu 3 miesięcy od daty wystawienia Certyfikatu, to Further wystawia nowy Certyfikat, na podstawie aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
d) współpracować z Further w zakresie organizacji i realizacji procesu leczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

8. Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, to usługa ta musi być zrealizowana przed wystawieniem Certyfikatu.

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

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

ART. 8 JAKIE KOSZTY ZAKWATEROWANIA OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

a) te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce,
b) istnieje możliwość realizacji równoważnego leczenia w Polsce.

Usługi i świadczenia będą realizowane w Polsce do czasu, gdy Further będzie w stanie potwierdzić i zorganizować Leczenie za Granicą, a stan zdrowia Ubezpieczonego będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.

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

1. Jeśli Ubezpieczony spędza w Szpitalu przynajmniej 1 dzień, to otrzymuje 100 euro za każdy Dzień Pobytu w Szpitalu.
2. Further wypłaca pieniądze na rachunek bankowy Ubezpieczonego, w ciągu 7 dni po każdym zakończonym tygodniu Pobytu w Szpitalu.

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

Ubezpieczenie obejmuje:

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

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

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

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

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

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

   Dokumentacja ta na wniosek Ubezpieczonego może zostać przetłumaczona na język polski.

   Jeśli Ubezpieczony nie otrzymał przetłumaczonej dokumentacji przed powrotem do Polski, to otrzymuje dokumentację w języku angielskim albo w języku urzędowym kraju, w którym znajduje się Placówka Medyczna. Tłumaczenie na język polski Ubezpieczony otrzymuje w uzgodnionym z Further terminie i w uzgodniony sposób, po powrocie do kraju.
3. Further organizuje Opiekę Medyczną po Leczeniu za Granicą, gdy otrzyma wniosek Ubezpieczonego o taką opiekę.
4. Zgodnie z wyborem Ubezpieczonego Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą może się odbyć:
   a) za granicą – z udziałem lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą lub jego zespołu; w tym przypadku Further organizuje tę opiekę i pokrywa koszty z nią związane, na zasadach obowiązujących w przypadku leczenia Poważnego Stanu Chorobowego – z uwzględnieniem podróży i zakwaterowania;
   b) w Polsce – w tym przypadku Ubezpieczony organizuje tę opiekę we własnym zakresie, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą oraz ponosi jej koszty. Further zwraca Ubezpieczonemu poniesione wydatki na podstawie: wniosku o zwrot kosztów, recept i rachunków lub innych dowodów poniesienia wydatków.
5. Ubezpieczony może skorzystać z Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą w Polsce, gdy opieka ta:
   a) jest dostępna w naszym kraju i
   b) jest wykonywana zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą i we wskazanym przez niego zakresie – jako niezbędna kontynuacja leczenia,
   c) jest wykonywana w jednym ze Szpitali, które wybiera Further.
6. Zmiana zaleceń, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą i zostały wydane przez lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą, jest możliwa:
   a) ze względu na zmianę stanu zdrowia Ubezpieczonego,
   b) na podstawie opinii lekarza, który prowadzi tę opiekę w Polsce.

   Zmiana taka musi zostać zatwierdzona przez Further, a zwrot wydatków następuje na podstawie nowych zaleceń, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą. Aby uzyskać zgodę Further na zmianę zaleceń, Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Further.
7. Jeśli koszty Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą zostały sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia, to Ubezpieczony zaznacza taką informację we wniosku o zwrot kosztów. Further nie zwraca części kosztów finansowanych przez publiczną służbę zdrowia.
8. Further zwraca uzasadnione koszty do wysokości, w jakiej zostały poniesione, nie więcej jednak niż średnią cenę rynkową danego rodzaju badania diagnostycznego, profilaktycznego lub przesiewowego w Polsce.
9. Jeśli po Leczeniu za Granicą i powrocie Ubezpieczonego do Polski:
   a) stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga ponownej oceny i
   b) nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,

   to może on wnioskować o taką ponowną ocenę.
10. Jeśli Further stwierdzi, że dalsze leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, to wystawia nowy Certyfikat. Organizacja i realizacja kolejnego Leczenia za Granicą odbywa się według takich samych zasad jak w przypadku pierwszego Leczeniu za Granicą.

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

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

6. Ubezpieczenie nie obejmuje:
   a) kosztów podania Leków ani
   b) zwrotu kosztów zakupu Leków, które są dostępne bez recepty.

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

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą ani kosztów innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Poważny Stan Chorobowy Ubezpieczonego następuje:
   a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
   b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką to Dziecko pozostaje, zaleceń lekarskich lub odmową poddania się zaleconemu leczeniu lub badaniom diagnostycznym, co uniemożliwia potwierdzenie ostatecznej diagnozy, planu leczenia lub przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego,
   c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
   d) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
   e) w wyniku AIDS lub HIV ani jeśli Poważny Stan Chorobowy współistnieje z AIDS lub HIV,
   f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
   g) w wyniku epidemii, którą ogłaszają władze państwowe.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą ani kosztów innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli:
   a) w dniu wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczony nie ma stałego miejsca zamieszkania w Polsce lub
   b) Ubezpieczony ma stałe miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed postawieniem diagnozy Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczony przebywał poza Polską więcej niż przez 183 dni kalendarzowe.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów zakupu lub wynajmu:
   a) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca potrzebnych w związku z Leczeniem za Granicą,
   b) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, bandaży, kul,
   c) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk,
   d) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
4. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów leczenia w przypadku jakiegokolwiek stanu Ubezpieczonego, który został spowodowany przez prawidłowo wykonane procedury medyczne zorganizowane w ramach Leczenia za Granicą, z wyjątkiem sytuacji, gdy dany stan jest Poważnym Stanem Chorobowym.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów:
   a) postępowania sprawdzającego, czy dana osoba, wskazana jako potencjalny Dawca spoza członków rodziny Ubezpieczonego, może być Dawcą,
   b) rekonwalescencji, opieki w domu, leczenia sanatoryjnego, 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,
   c) organizacji i kosztów Leczenia Alternatywnego ani Leczenia Eksperymentalnego, nawet jeśli zaleca je Ekspert podczas leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
   d) organizacji i kosztów leczenia z wykorzystaniem Terapii Genowej, Terapii Komórkami Somatycznymi, Inżynierii Tkankowej, Terapii Limfocytami CAR-T,
   e) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż przygotowanie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub prowadzenie Leczenia za Granicą,
   f) zakupu środków opatrunkowych dostępnych bez recepty,
   g) zakupu przedmiotów użytku osobistego,
   h) organizacji i pokrycia kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych, które 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.
6. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą, ani innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Ubezpieczony nie wypełnia swoich obowiązków niezbędnych do organizacji tych usług lub pokrycia tych kosztów.
7. Ani Further, ani my nie odpowiadamy za:
   a) medyczną poprawność Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii,
   b) skutki wdrożenia planów leczenia w ramach Leczenia za Granicą, w tym ich skuteczność,
   c) skutki Leczenia za Granicą, w tym jego skuteczność,
   d) doznane krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub moralne, które są skutkiem Poważnego Stanu Chorobowego,
   e) straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy, które należą do Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej lub Dawcy w czasie Pobytu w Szpitalu lub podróży.

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

MODUŁ OCHRONY 1: NOWOTWÓR

a) nowotwór złośliwy – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz może powodować naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe, w tym białaczki, chłoniaki złośliwe, ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina), czerniak złośliwy, zespoły mielodysplastyczne w stadium z nadmiarem blastów (MDS – EB).
b) rak przedinwazyjny lub carcinoma in situ (Tis) – ogniskowy, miejscowy, złośliwy rozrost komórkowy, który jest ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych – według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, the 8th Edition TNM Classification i następne) – wszystkich narządów poza skórą,
c) zmiany przedrakowe, które na podstawie badania cytologicznego lub histopatologicznego zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high grade dysplasia or severe dysplasia).

Ubezpieczenie nie obejmuje:
- nowotworów współistniejących z infekcją HIV,
- nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym i nowotworami, które zgodnie z opisem badania histopatologicznego naciekają poza zewnętrzną warstwę skóry (naciekają poza naskórek),
- leczenia z wykorzystaniem Terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy)

MODUŁ OCHRONY 2: ZABIEG SERCOWO-NACZYNIOWY

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

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

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

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

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

MODUŁ OCHRONY 3: ZABIEG NEUROCHIRURGICZNY
Zabieg neurochirurgiczny:
a) dowolna operacja chirurgiczna wewnątrz mózgoczaszki, w tym techniki minimalnie inwazyjnie takie jak: gamma knife, cyber-knife oraz procedury wykonywane śródnaczyniowo,
b) leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego (Medulla spinalis)

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

MODUŁ OCHRONY 4: PRZESZCZEP
Przeszczep narządów: zabieg operacyjny, podczas którego Ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, 1 albo 2 płaty płuca, segment wątroby lub fragment trzustki od zgodnego Dawcy.
Ubezpieczenie nie obejmuje:
a) przeszczepu, który musi być wykonany z powodu alkoholowej choroby wątroby,
b) przeszczepu innego narządu niż wymienione,
c) przeszczepu wysp trzustkowych,
d) przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste,
e) przeszczepu narządów kupionych od dawcy narządów

Konieczność przeszczepu potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuje o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych
Przeszczep szpiku kostnego: przeszczepienie Ubezpieczonemu komórek szpiku kostnego (ang. bone marrow transplantation, BMT) lub krwiotwórczych komórek macierzystych z krwi obwodowej (ang. peripheral blood stem cell transplantation, PBSCT), które pochodzą od:
a) Ubezpieczonego (przeszczep autologiczny),
b) od zgodnego Dawcy (przeszczep allogeniczny albo izogeniczny).

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

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 18/2026 i obowiązują od 21 marca 2026 r.

JAK SIĘ ODBYWA LECZENIE ZA GRANICĄ – KROK PO KROKU

Krok I **Potwierdzenie diagnozy**	Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Further oraz: • zapewnia Further dostęp do swojej dokumentacji medycznej, • wypełnia formularze, które otrzymuje z Further, • odpowiada na pytania konsultanta dotyczące stanu zdrowia
Krok II **Decyzja oleczeniu za granicą**	Jeśli Poważny Stan Chorobowy jest objęty ubezpieczeniem, to: • Ubezpieczony podejmuje decyzję, czy chce skorzystać z Leczenia za Granicą, • o swojej decyzji informuje Further
Krok III **Wybór placówki medycznej**	• Further przygotowuje listę co najmniej 3 Placówek Medycznych, w których może być przeprowadzone leczenie, • Ubezpieczony wybiera jedną z nich, a Further wydaje pisemną zgodę na opłacenie kosztów leczenia w tej placówce oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ubezpieczeniem (Certyfikat)
Krok IV **Wyjazd i leczenie**	• Further organizuje podróż oraz cały proces leczenia Ubezpieczonego, a wyznaczony opiekun na każdym etapie służy Ubezpieczonemu pomocą, • leczenie odbywa się zgodnie z przygotowanym wcześniej planem, • za każdy dzień Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony otrzymuje 100 euro
Krok V **Powrót do Polski**	Gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego nie jest już konieczne dalsze leczenie, Further organizuje powrót Ubezpieczonego do Polski
Krok VI **Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą**	Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, to: • kontaktuje się z Further, • Further organizuje i finansuje tę opiekę za granicą albo zwraca koszty tej opieki w Polsce Ubezpieczony może także korzystać ze zwrotu kosztów Leków kupionych już w Polsce

UMOWA DODATKOWA

Leczenie Szpitalne w Polsce

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

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

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak skorzystać ze świadczenia medycznego?

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

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIE SZPITALNE W POLSCE (LSP/TZ/3/2026)

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

ZYLSPTZ-003 02/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIE SZPITALNE W POLSCE (LSP/TZ/3/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwiają zrozumienie tego dokumentu:

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Choroba** – nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu. Definicja Choroby nie obejmuje następstw Nieszczęśliwego Wypadku
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Choroba Rzadka** – schorzenie, które według rozporządzenia (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych:
   a) występuje z częstością niższą niż 5 na 10 000 osób w populacji europejskiej,
   b) jest najczęściej uwarunkowana genetycznie i ma przewlekły oraz często ciężki przebieg,
   c) może prowadzić do przedwczesnej śmierci lub powoduje niepełnosprawność
4. **Ciąża Wysokiego Ryzyka** – ciąża, w której występują czynniki ryzyka ze strony matki lub płodu, które:
   a) zwiększają częstotliwość powikłań przebiegu ciąży i porodu,
   b) są zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu.
   W rozumieniu tej Umowy Dodatkowej Ciąża Wysokiego Ryzyka wymaga opieki albo rozwiązania w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej
5. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu odbywający się w trybie planowym, którego celem jest:
   a) przeprowadzenie diagnostyki lub leczenia, w tym przeprowadzenie operacji spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą,
   b) przyjęcie porodu
6. **Koordynacja Opieki Szpitalnej** – wsparcie w zakresie korzystania ze Świadczeń Medycznych, udzielane Ubezpieczonemu przez Koordynatora Opieki Szpitalnej. Zakres czynności realizowanych w ramach Koordynacji Opieki Szpitalnej wskazujemy w Załączniku
7. **Koordynator Opieki Szpitalnej** – przedstawiciel LUX MED, którego zadaniem jest realizacja czynności, które obejmuje Koordynacja Opieki Szpitalnej w czasie korzystania ze Świadczeń Medycznych
8. **Lekarz** – osoba, która posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego
9. **LMG** – podmiot, który w naszym imieniu przyjmuje i weryfikuje wniosek oraz wydaje decyzję dotyczącą realizacji Świadczeń Medycznych. W przypadku uznania wniosku zleca ich wykonanie podmiotom leczniczym, które działają na jego zlecenie. Podmiot ten:
   a) jest zarejestrowany jako LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Box 27093, Szwecja,
   b) w Polsce działa pod nazwą LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce i ma siedzibę w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2
10. **LUX MED** – LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678), przy ul. Szturmowej 2, jeden z podmiotów leczniczych, który działa na zlecenie LMG i realizuje Świadczenia Medyczne
11. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
    a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
    b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
    c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
12. **Planowe Leczenie Niezabiegowe** – diagnostyka lub leczenie Ubezpieczonego, które nie są związane ze stanem nagłego zagrożenia jego życia lub zdrowia, oraz są realizowane w trybie planowym, na oddziałach chorób wewnętrznych, gastroenterologii oraz kardiologii Szpitala. Diagnostyka lub leczenie Ubezpieczonego odbywają się na podstawie wskazań medycznych i skierowania wystawionego przez Lekarza. Zakres Planowego Leczenia Niezabiegowego wskazujemy w Załączniku
13. **Planowe Leczenie Operacyjne** – zabiegi lub operacje Ubezpieczonego, które nie są związane ze stanem nagłego zagrożenia jego życia lub zdrowia, oraz są realizowane w trybie planowym w Szpitalu. Leczenie odbywa się na podstawie wskazań medycznych i skierowania wystawionego przez Lekarza, ma na celu leczenie Chorób lub skutków Nieszczęśliwego Wypadku, poprzez usunięcie zmienionych chorobowo tkanek lub narządów, bądź zniesienie objawów lub dolegliwości. Zakres Planowego Leczenia Operacyjnego wskazujemy w Załączniku
14. **Przychodnia** – podmiot leczniczy, który udziela świadczeń ambulatoryjnych na terenie Polski i zgodnie z polskim prawem, wskazany przez LMG lub Koordynatora Opieki Szpitalnej, po potwierdzeniu możliwości realizacji w tym podmiocie leczniczym Świadczenia Medycznego objętego ubezpieczeniem
15. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego, od nas lub LMG, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
16. **Szpital** – podmiot leczniczy, który udziela Świadczeń Medycznych na terenie Polski i zgodnie z polskim prawem i został wskazany przez LMG lub Koordynatora Opieki Szpitalnej w celu realizacji Świadczenia Medycznego. Ubezpieczenie nie obejmuje Świadczeń Medycznych realizowanych w ośrodku opieki dla przewlekle chorych, w hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym ani wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym ani szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym
17. **Świadczenie Medyczne** – usługa medyczna udzielana Ubezpieczonemu, która obejmuje:
    a) Koordynację Opieki Szpitalnej,
    b) opiekę medyczną przed Hospitalizacją,
    c) Planowe Leczenie Niezabiegowe,
    d) Planowe Leczenie Operacyjne,
    e) rehabilitację po Planowym Leczeniu Operacyjnym,
    f) opiekę medyczną po Hospitalizacji,
    g) konsultacje psychologiczne po nowotworze złośliwym,
    h) położnictwo i neonatologię,
    i) szpitalny przegląd zdrowia.
    Zakres i dostępność Świadczeń Medycznych zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Ubezpieczenia. Zakres poszczególnych Świadczeń Medycznych wskazujemy w Załączniku. Świadczenia Medyczne są realizowane w Szpitalu lub w Przychodni – zgodnie ze wskazaniem LMG albo Koordynatora Opieki Szpitalnej
18. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
    a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma co najmniej 18 lat i mniej niż 66 lat i
    b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
19. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
20. **Wariant Ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego zakres Świadczeń Medycznych, które udostępniamy Ubezpieczonemu w Umowie Dodatkowej
21. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
22. **Wysokospecjalistyczne Metody Leczenia i Diagnostyki** – zaawansowane technicznie metody lecznicze, w tym: zabiegi wymagające

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

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

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

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

Świadczenia Medyczne	Wariant Ubezpieczenia		
	MINI-MALNY	OPTY-MALNY	PRE-MIUM
1 Koordynacja Opieki Szpitalnej	✓	✓	✓
2 Opieka medyczna przed Hospitalizacją	✓	✓	✓
3 Planowe Leczenie Niezabiegowe	✓	✓	✓
4 Planowe Leczenie Operacyjne	✓	✓	✓
5 Rehabilitacja po Planowym Leczeniu Operacyjnym	✓	✓	✓
6 Opieka medyczna po Hospitalizacji	✓	✓	✓
7 Konsultacje psychologiczne po nowotworze złośliwym	✓	✓	✓
8 Położnictwo i neonatologia	–	–	✓
9 Szpitalny przegląd zdrowia	–	–	✓

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

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

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

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

ART. 3 CZEGO UBEZPIECZENIE NIE OBEJMUJE

1. Ubezpieczenie nie obejmuje:
    a) stanów zagrożenia życia lub zdrowia, które wymagają leczenia w trybie pilnym / cito lub ich następstw,
    b) leczenia stanów nagłych, które zostały stwierdzone w dniu przyjęcia do Szpitala (w tym udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego,

zapalenia trzustki, zatorowości płucnej), w szczególności leczenia w warunkach oddziałów prowadzących intensywną terapię lub z zapewnieniem intensywnej terapii nerkozastępczej, dializy wątrobowej, ECMO, wentylacji mechanicznej, kontrapulsacji,

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

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

ART. 4 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać ze Świadczeń Medycznych, które są objęte ubezpieczeniem, to ma obowiązek:
   a) złożyć wniosek o realizację Świadczenia Medycznego wraz z niezbędną dokumentacją, w ciągu 60 dni od dnia wystawienia skierowania do Szpitala. W przypadku szkoły rodzenia po uzyskaniu karty ciąży, a w przypadku ciąży – na początku trzeciego trymestru,
   b) współpracować z Koordynatorem Opieki Szpitalnej w zakresie organizacji i realizacji Świadczeń Medycznych, w tym uzgodnienia miejsca realizacji Świadczeń Medycznych,
   c) stawić się na dodatkową wizytę lekarską lub badania diagnostyczne, jeżeli są one niezbędne do obiektywnego ustalenia stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz tego czy i w jakim zakresie Ubezpieczonemu przysługuje realizacja Świadczeń Medycznych. Badania są wykonywane na koszt LMG i przez wyznaczonego przez LMG Lekarza. Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać,
   d) przedłożyć dodatkową dokumentację medyczną, o którą możemy poprosić przed wydaniem decyzji dotyczącej realizacji Świadczenia Medycznego lub w trakcie procesu realizacji Świadczenia Medycznego.
2. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakim zakresie Ubezpieczonemu przysługuje realizacja Świadczenia Medycznego, potrzebujemy:
   a) wniosku o Świadczenie Medyczne od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
   c) w przypadku Hospitalizacji (nie dotyczy Hospitalizacji związanej z porodem) – kopii skierowania do szpitala oraz kopii posiadanej dokumentacji medycznej z diagnostyki, rozpoznania i leczenia, w tym: kart wypisu ze szpitala, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań,
   d) w przypadku chęci skorzystania ze szkoły rodzenia – kopii karty ciąży,
   e) w przypadku porodu, opieki położnej oraz opieki neonatologicznej nad noworodkiem – kopii posiadanej dokumentacji medycznej dotyczącej ciąży oraz zaświadczenia od Lekarza wydanego nie wcześniej niż na początku trzeciego trymestru, że ciąża nie jest Ciążą Wysokiego Ryzyka,
   f) innych dokumentów, które dotyczą Zdarzenia Ubezpieczeniowego – na wniosek LMG.
3. Wniosek o realizację Świadczenia Medycznego związanego ze Zdarzeniem Ubezpieczeniowym można złożyć:
   a) pocztą elektroniczną na adres: roszczeniaszpitalne@luxmed.pl,
   b) pisząc na adres: LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2.
4. Jeżeli do określenia czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie Medyczne, będą potrzebne dodatkowe dokumenty, informacje, badania medyczne lub konsultacje lekarskie LMG w naszym imieniu poinformuje o tym Ubezpieczonego. LMG przekaże informację pisemnie lub w inny sposób, na który Ubezpieczony wyraził zgodę.
5. LMG działając w naszym imieniu i na podstawie zgody Ubezpieczonego może wystąpić do podmiotu leczniczego o udzielenie informacji medycznej, jeżeli będzie to potrzebne do określenia czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie Medyczne.
6. Decyzję dotyczącą realizacji Świadczenia Medycznego wyda LMG w naszym imieniu w ciągu 30 dni od otrzymania wniosku o realizację Świadczenia Medycznego.
7. Jeśli ustalenie czy Ubezpieczonemu przysługuje Świadczenie Medyczne jest niemożliwe w tym 30-dniowym terminie, to decyzja dotycząca realizacji Świadczenia Medycznego zostanie wydana w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie wszystkich okoliczności było możliwe.
8. Jeśli Świadczenie Medyczne przysługuje Ubezpieczonemu, realizacja Świadczenia Medycznego rozpocznie się nie później niż w ciągu 30 dni od wydania decyzji. Ubezpieczony może wskazać inny, późniejszy termin.
9. Jeśli Świadczenie Medyczne nie przysługuje Ubezpieczonemu, to LMG w naszym imieniu poinformuje na piśmie o tym fakcie osobę, która złożyła wniosek i wskażemy podstawę prawną oraz okoliczności, które uzasadniają odmowę realizacji Świadczenia Medycznego.

ART. 7 JAK SKORZYSTAĆ ZE ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO

1. Ubezpieczony, po uzyskaniu decyzji, że przysługuje mu Świadczenie Medyczne:
   a) uzgadnia miejsce i termin realizacji Świadczenia Medycznego z Koordynatorem Opieki Szpitalnej,
   b) stosuje się do otrzymanych zaleceń i wskazówek, w tym w zakresie wykonania badań niezbędnych do rozpoczęcia realizacji Świadczenia Medycznego,
   c) zgłasza się do Szpitala w uzgodnionym terminie, z ważnym dokumentem tożsamości.
2. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie Świadczenia Medyczne, które są organizowane przez LMG oraz realizowane wyłącznie w Szpitalach lub Przychodniach, które zostały wskazane przez LMG lub Koordynatora Opieki Szpitalnej.
3. W przypadku zorganizowania lub realizacji Świadczenia Medycznego przez Ubezpieczonego we własnym zakresie, Ubezpieczonemu nie przysługuje rekompensata ani zwrot poniesionych kosztów.
4. Świadczenia Medyczne są udzielane na terenie Polski, w lokalizacjach wskazanych przez LMG. Pełna lista podmiotów leczniczych znajduje się na stronie www.allianz.pl
   Lista lokalizacji zawiera zakres usług medycznych, jakie dany podmiot leczniczy realizuje.
5. Możemy zmienić listę podmiotów leczniczych z ważnych przyczyn, niezależnych od nas, takich jak zaprzestanie albo rozpoczęcie

realizacji Świadczeń Medycznych przez Szpital. Taka zmiana nie stanowi zmiany Umowy Dodatkowej.

ART. 8 JAK ZMIENIĆ WARIANT UBEZPIECZENIA

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

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

1. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy Świadczeń Medycznych w przypadku ograniczeń lub wyłączeń odpowiedzialności, które są wskazane w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy Świadczeń Medycznych, które są skutkiem:
   a) stosowania metod nieuznanych naukowo lub medycyny niekonwencjonalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce lub na terenie Unii Europejskiej lub ich następstw, lub udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem lub ich następstw,
   b) transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepienia protez, implantów lub urządzeń zastępujących funkcjonalnie lub anatomicznie narządy zmysłów,
   c) Wyczynowego lub Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego lub udziału Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
   d) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego, działania czynników biologicznych lub chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
   e) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
   f) umyślnego spowodowania pogorszenia stanu zdrowia, między innymi w wyniku samodzielnego diagnozowania lub leczenia, modyfikacji zaleconego leczenia lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza,
   g) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków w tym również ich następstw,
   h) Chorób Psychicznych, chorób otępiennych, neurodegeneracyjnych (w tym choroby Alzheimera) lub ich następstw.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy Świadczeń Medycznych, w przypadku:
   a) zabiegów chirurgii robotycznej innych niż wymienione w Załączniku,
   b) usuwania guzków lub zmian skórnych lub podskórnych o średnicy mniejszej niż 2 cm,
   c) przeprowadzania zabiegów dotyczących leczenia poronień,
   d) Wad Wrodzonych, Chorób Rzadkich lub ich następstw,
   e) zabiegów lub operacji z zakresu kosmetologii, medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej, również ze wskazań medycznych lub będących skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, w tym operacji lub zabiegów o charakterze korekcyjnym, a także diagnozowania lub leczenia ich niepożądanych następstw; ograniczenie to nie dotyczy plastycznej rekonstrukcji piersi wskazanej w Załączniku,
   f) wystawiania orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków, nie związanych z przeprowadzonym Świadczeniem Medycznym w Szpitalu lub Przychodni wskazanym przez LMG lub Koordynatora Opieki Szpitalnej, poza wystawionymi przez Lekarza,
   g) leczenia zakażenia wirusami HIV, SARS-CoV-2, wirusami wirusowego zapalenia wątroby lub schorzeń będących następstwem tych zakażeń; ograniczenie to nie dotyczy wirusowego zapalenia wątroby typu A.
4. Jeśli Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić realizacji Świadczenia Medycznego.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badania, za wystawienie orzeczeń, zaświadczeń, oświadczeń i wniosków lub ich brak, co do których decyzje podejmuje Lekarz.
6. Za błędy medyczne popełnione w związku z realizacją Świadczenia Medycznego odpowiada podmiot leczniczy, który wykonał to Świadczenie Medyczne.
7. Za błędy, które wynikają z nienależycie prowadzonej dokumentacji medycznej Ubezpieczonego odpowiada podmiot leczniczy, który sporządził wyżej wymienioną dokumentację medyczną.
8. Nie odpowiadamy za opóźnienie, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie Świadczeń Medycznych, które są objęte ubezpieczeniem, jeśli nastąpiło to w wyniku:
   a) przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego, w tym przeciwskazań medycznych dotyczących Ubezpieczonego lub rezygnacji Ubezpieczonego ze Świadczenia Medycznego,
   b) stanów klęski żywiołowej, pandemii i epidemii,
   c) ograniczeń w możliwości realizacji Świadczeń Medycznych, które zostały wprowadzone przez władze państwowe,
   d) działania Siły Wyższej.

   W takim przypadku nie przysługuje rekompensata, w tym równowartość pieniężna.

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

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

c) określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie będzie dłuższy niż 60 dni od daty otrzymania reklamacji.

6. Skargi medyczne należy składać do podmiotów leczniczych. Przez skargę medyczną rozumiemy skargę, która dotyczy medycznych aspektów wykonania Świadczeń Medycznych realizowanych przez pomioty lecznicze, w szczególności zarzutu błędu medycznego, w tym: błędnej diagnozy, błędnych wyników badań lub zaleceń, zaniechania działania medycznego, nieprzestrzegania procedur medycznych lub negatywnych skutków dla Ubezpieczonego, które wynikają z uchybień, wykonania, zaniechania lub opóźnień w realizacji usług medycznych z przyczyn leżących po stronie podmiotu leczniczego i które doprowadziły do negatywnych skutków medycznych.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 19/2026 i obowiązują od 21 marca 2026 r.

ZAŁĄCZNIK „ZASADY ORGANIZACJI I ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH”

Świadczenie Medyczne	Zasady organizacji i zakres Świadczenia Medycznego
Koordynacja Opieki Szpitalnej	1. Koordynacja Opieki Szpitalnej obejmuje: a) koordynację opieki nad Ubezpieczonym przed Hospitalizacją: i. przedstawienie propozycji Hospitalizacji – przedstawienie do wyboru dostępnych Szpitali i Lekarzy, a także położnej, w przypadku osoby Ubezpieczonej, która planuje poród, ii. umówienie pobytu w Szpitalu zgodnie z wyborem Ubezpieczonego, iii. umówienie na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji, iv. monitorowanie realizacji przez Ubezpieczonego badań i konsultacji, v. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie przyjęcia do Szpitala i wymaganych dokumentach, a także potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu, vi. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem, vii. przekazanie Ubezpieczonemu informacji dotyczących pobytu w Szpitalu. b) koordynację w trakcie Hospitalizacji: i. przekazania wszystkich dokumentów niezbędnych do realizacji Świadczenia Medycznego, ii. bieżący kontakt ze Szpitalem, iii. przekazywanie informacji o bieżącym statusie realizacji Świadczenia Medycznego osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym, iv. umówienie na wizytę kontrolną po pobycie w Szpitalu, a także przedstawienie planu opieki po Hospitalizacji, v. organizację kołowego transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez LMG wskazań medycznych: a. międzyszpitalny – w przypadku, gdy LMG zleci transport medyczny do innej jednostki w ramach kontynuacji leczenia objętego zakresem ubezpieczenia, a także do innego najbliższego Szpitala w którym leczenie może być kontynuowane w sytuacji, gdy dalsza diagnostyka i leczenie wykracza poza zakres ubezpieczenia, b. ze szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego. c) koordynację opieki po Hospitalizacji, zgodnie z zaleceniami Lekarza: i. umówienie zleconych Ubezpieczonemu badań lub rehabilitacji, ii. organizację kołowego transportu medycznego, jeżeli wynika on z potwierdzonych przez LMG wskazań medycznych: a. z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Szpitala, b. ze Szpitala do miejsca pobytu Ubezpieczonego. iii. skompletowanie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dotyczącej zrealizowanego Świadczenia Medycznego. d) koordynację szpitalnego przeglądu zdrowia: i. przedstawienie propozycji Szpitala realizującego szpitalny przegląd zdrowia, ii. umówienie szpitalnego przeglądu zdrowia, iii. przypomnienie Ubezpieczonemu o terminie Świadczenia Medycznego, wymaganych dokumentach oraz potwierdzenie obecności Ubezpieczonego w Szpitalu, iv. monitorowanie realizacji szpitalnego przeglądu zdrowia, v. koordynację obiegu dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem, vi. przekazanie Ubezpieczonemu informacji dotyczących realizacji szpitalnego przeglądu zdrowia, o ile Świadczenie Medyczne jest objęte ubezpieczeniem w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego Wariantu Ubezpieczenia.
Opieka medyczna przed Hospitalizacją	1. Opieka medyczna przed Hospitalizacją obejmuje świadczenia diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i konsultacji specjalistycznych niezbędne do przygotowania do Hospitalizacji. 2. Zakres wszystkich badań oraz konsultacji niezbędnych do przygotowania do Hospitalizacji zostanie określony przez LMG w trakcie przygotowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, po uzyskaniu decyzji o realizacji Świadczenia Medycznego. 3. Opieka medyczna przed Hospitalizacją, jest niezbędna do: a) określenia konieczności Hospitalizacji, jej typu, metody i zakresu zabiegu, b) zakwalifikowania Ubezpieczonego do Hospitalizacji, c) określenia terminu przeprowadzenia operacji, zabiegu, d) opracowania planu leczenia. 4. Opieka medyczna przed Hospitalizacją nie obejmuje: a) postawienie diagnozy, b) monitorowanie leczenia, c) poradnictwa ogólnomedycznego, d) wydania drugiej opinii medycznej, e) prowadzenia ciąży.
Planowe Leczenie Niezabiegowe	Ubezpieczenie obejmuje przeprowadzenie diagnostyki i planowego leczenia w oddziałach: chorób wewnętrznych, gastroenterologii, kardiologii Szpitala, z wyłączeniem: a) programów lekowych wskazanych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia jako świadczenie gwarantowane, które odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych, b) Hospitalizacji w celu planowanego zastosowania terapii farmakologicznej chorób przewlekłych, c) diagnostyki i leczenia następstw udarów mózgu, d) przewlekłego leczenia nerkozastępczego, realizowanego poza okresem niezbędnej Hospitalizacji mieszczącej się w zakresie Umowy.

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

Rehabilitacja po Planowym Leczeniu Operacyjnym	1. Rehabilitację zapewniamy wyłącznie w związku ze zrealizowanym Świadczeniem Medycznym, a jej szczegółowy zakres jest potwierdzany przez Lekarza przed końcem Hospitalizacji. 2. Ubezpieczenie obejmuje niezbędne według zaleceń Lekarza: a) zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii po zabiegach ortopedycznych, przez okres do 12 tygodni od daty wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala, b) zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii po zabiegach neurochirurgicznych przez okres do 12 tygodni od daty wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala, c) zabiegi z zakresu drenażu limfatycznego po zabiegach chirurgicznych (np. mastektomii) do 12 tygodni od daty wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala, d) badania obrazowe do monitorowania przebiegu i postępu rehabilitacji (np. RTG) w okresie trwania rehabilitacji, z wyłączeniem: e) zabiegów rehabilitacyjnych wynikających ze wskazań innych niż następstwa Planowego Leczenia Operacyjnego zrealizowanego w ramach ubezpieczenia, f) terapii złamań za pomocą stymulatorów zrostu kostnego wykorzystujących oddziaływania fizyczne (np. falę ultradźwiękową), g) rehabilitacji zleconej przez inny podmiot leczniczy niż wskazany przez LMG. Ubezpieczenie obejmuje także jedną wizytę podsumowującą rehabilitację.
Opieka medyczna po Hospitalizacji	1. Opiekę medyczną po Hospitalizacji zapewniamy wyłącznie w odniesieniu do Świadczenia Medycznego przeprowadzonego w ramach Umowy Dodatkowej. 2. Ubezpieczenie obejmuje 8 wizyt kontrolnych we wskazanym przez LMG podmiocie leczniczym. Wizyty te: a) służą monitorowaniu efektów przeprowadzonego Świadczenia Medycznego i procesu powrotu do zdrowia, b) są realizowane w okresie do 60 dni od wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala. 3. Zapewniamy opiekę medyczną po Hospitalizacji także w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego, w związku ze zrealizowanym Świadczeniem Medycznym. W takim przypadku zakres tej opieki dostosowany jest do sytuacji i zapotrzebowania medycznego oraz ma na celu poprawę stanu zdrowia Ubezpieczonego. Wyjątek stanowią sytuację, które Zakres tego Świadczenia Medycznego określa Lekarz wskazany przez LMG.
Konsultacje psychologiczne po nowotworze złośliwym	1. Ubezpieczony ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, który korzysta ze Świadczeń Medycznych w obszarze Chirurgii Onkologicznej, może również skorzystać z konsultacji psychologicznych. 2. Konsultacje mogą zostać przeprowadzone w trybie stacjonarnym we wskazanej przez LMG Przychodni albo zdalnie, w zależności od wskazań medycznych. Ubezpieczenie obejmuje do 5 konsultacji w ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia nowotworu złośliwego, tj. od dnia wykonania badania histopatologicznego, którego wynik potwierdza wystąpienie tej Choroby.
Położnictwo i Neonatologia (tylko w Wariancie Ubezpieczenia Premium)	Ubezpieczenie obejmuje: a) szkołę rodzenia, b) przyjęcie porodu drogami natury lub poprzez cięcie cesarskie, c) indywidualną opiekę położnej podczas porodu, d) opiekę neonatologiczną nad noworodkiem, z wyłączeniem: a) prowadzenia Ciąży Wysokiego Ryzyka, b) Hospitalizacji, które wynikają z patologicznego przebiegu ciąży, w związku ze stanem zdrowia u matki lub płodu, jeżeli ciąża wymaga opieki albo rozwiązania w specjalistycznej klinice, czyli w ośrodku III poziomu opieki perinatalnej, c) porodów, w przypadku których względy bezpieczeństwa medycznego, w szczególności w sytuacji nagłej akcji porodowej powodują konieczność skorzystania z usług Szpitala innego niż wymienione na liście podmiotów leczniczych, która znajduje się na www.allianz.pl, d) wykonywania testów genetycznych płodu, amniopunkcji i kordocentezy, e) opieki neonatologicznej nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii w warunkach ośrodka III poziomu opieki perinatalnej.
Szpitalny przegląd zdrowia (tylko w Wariancie Ubezpieczenia Premium)	1. Szpitalny przegląd zdrowia jest przeprowadzany we wskazanym przez LMG Szpitalu, w terminie uzgodnionym z Ubezpieczonym i planowo trwa jeden dzień. Wydłużenie czasu realizacji szpitalnego przeglądu zdrowia powyżej jednego dnia może mieć miejsce w przypadkach uzasadnionych medycznie, jak np. konieczność powtórzenia badania w warunkach szpitalnych. 2. W zależności od wytycznych wydanych przez władze państwowe lub wytycznych wewnętrznych Szpitala związanych z sytuacją epidemiczną, wykonanie szpitalnego przeglądu zdrowia może być uwarunkowane uzyskaniem przez Ubezpieczonego negatywnego wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (wirus wywołujący COVID-19) ważnego w dniu realizacji tego przeglądu. Test sfinansujemy i udostępnimy przed planowanym przeglądem. 3. Szczegółowy zakres świadczeń, zależy od płci i wieku Ubezpieczonego:

Szpitalny przegląd zdrowia dla kobiety w wieku poniżej 40 lat

- Pomiar ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi
- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Ferrytyna
- Badanie EKG – spoczynkowe
- RTG klatki piersiowej
- USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne
- Cytologia szyjki macicy
- Konsultacja internisty i ginekologa

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny przegląd zdrowia dla kobiety w wieku 40 lat i więcej

- Pomiar ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi
- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, FSH, Testosteron, Ferrytyna
- Badanie EKG – spoczynkowe
- RTG klatki piersiowej
- USG serca, jamy brzusznej, piersi, tarczycy, ginekologiczne
- Mammografia
- Cytologia szyjki macicy
- Konsultacja internisty, ginekologa i kardiologa

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny przegląd zdrowia dla mężczyzny w wieku poniżej 40 lat

- Pomiar ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi
- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, D-dimery, glukoza na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron
- PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA)
- Badanie EKG – spoczynkowe
- RTG klatki piersiowej
- USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty
- Konsultacja internisty i urologa

Raport stanu zdrowia i zalecenia

Szpitalny przegląd zdrowia dla mężczyzny w wieku 40 lat i więcej

- Pomiar ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi
- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Badania laboratoryjne: OB./ESR, Transaminaza ALT, GGTP, Kreatynina, TSH, FT4, HCV Ab przeciwciała, HBS antygen, kwas moczowy, lipidogram, Homocysteina, D-dimery, glukoza na czczo, HbA1C, Insulina/Insulina na czczo, Witamina D3 metabolit 25 (OH), Witamina B12, Wapń, Fosfor, Sód, Potas, Grupa krwi, Testosteron
- PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA)
- Badanie EKG – spoczynkowe
- RTG klatki piersiowej
- USG serca, jamy brzusznej, tarczycy, jąder, prostaty
- Konsultacja internisty, urologa i kardiologa

Raport stanu zdrowia i zalecenia

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

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Onkologiczny”

MATERIAŁ REKLAMOWY

Z jakiej pomocy możesz skorzystać w razie zachorowania na raka?

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

Warto wiedzieć

Z „Assistance Onkologicznego” mogą też korzystać Twoi bliscy (biologiczne dziecko i rodzeństwo).
Jeśli zachorujesz na raka, zapewnimy im:

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

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

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

Jak skorzystać z assistance?

Wszystkie informacje znajdziesz na stronie allianz.pl

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY” (AONCO/TZ/5/2026)

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

ZYTZTZIAONCO-O04 02/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY" (AONCO/TZ/5/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Dziecko** – dziecko własne (biologiczne) lub przysposobione Ubezpieczonego
3. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego i nie jest członkiem jego rodziny
4. **Leki** – przepisane przez lekarza Ubezpieczonemu:
   a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej" oraz
   b) leki recepturowe,

   których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
5. **Małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
6. **Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, a także inne zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym. Diagnoza Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Dzień wykonania tego badania (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) przyjmujemy za dzień wystąpienia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
7. **Partner** – osoba, która z Ubezpieczonym prowadzi wspólne gospodarstwo domowe w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
8. **Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
9. **Rodzic Ubezpieczonego** – ojciec, matka, ojczym lub macocha Ubezpieczonego
10. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
11. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia mu samodzielne funkcjonowanie
12. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
13. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; ubezpieczenie nie obejmuje Transportu Medycznego z ośrodka opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologicznego), ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka rehabilitacji, ośrodka sanatoryjnego lub wypoczynkowego, zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitala uzdrowiskowego ani szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego oraz Transportu Medycznego na wizyty kontrolne ani dojazdu do poradni rehabilitacyjnej
14. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 66 lat (w przypadku Dziecka – mniej niż 18 lat) i
   b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
15. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania.

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

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

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

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

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

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

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

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym	
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego	5000 zł
Gdy Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego, zapewnimy:	
a) organizację i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
2. Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków – koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony.	
3. Dostarczenie Leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków – koszt Leków pokrywa Ubezpieczony.	
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego – dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu Leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony.	
5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego	
Gdy Ubezpieczony używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego, do limitu wskazanego w kolumnie obok.	
6. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do Placówki Medycznej	
Transporty Medyczne są organizowane do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w Placówce Medycznej.	
7. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z Placówki Medycznej do miejsca pobytu	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego z Placówki Medycznej, w której przebywa Ubezpieczony, do miejsca jego pobytu.	
8. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą pomiędzy Placówkami Medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej.	
9. Opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy wymagana jest opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.	
10. Opieka nad psem lub kotem	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu psa lub kota do wskazanego miejsca	
11. Pomoc domowa w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów - nie pokrywamy kosztów podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków.	
12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	maksymalnie 5 konsultacji
Gdy Ubezpieczony chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	maksymalnie 10 konsultacji
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego, zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których będą wykonywane:	
• ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (nie pokrywamy kosztu wypożyczenia lub zakupu urządzeń) • trening oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego	
• ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego • fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego	

II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego	Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania Ubezpieczonemu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty), badającego przynajmniej jeden z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyć wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków rodziny Ubezpieczonego.	1 test
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy Ubezpieczonemu koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów u Ubezpieczonego.	1 konsultacja
3. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	
Gdy Ubezpieczony po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie 5 konsultacji

7. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, Ubezpieczonemu należne jest także świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (suma ubezpieczenia assistance) do wykorzystania na świadczenia assistance, które wskazujemy w Tabeli nr 3. Świadczenie to realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego Centrum Operacyjnemu za wykonanie świadczeń assistance, które Ubezpieczony wybrał z tej tabeli.
8. Wynagrodzenie wypłacane Centrum Operacyjnemu jest ograniczone do sum ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, zgodnie z Tabelą nr 3. Sumy ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednej diagnozy Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, po realizacji każdego świadczenia assistance są obniżane o wartość wykonanego świadczenia.

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

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

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

   Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to przyjmujemy, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia.
10. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit, który wskazujemy w Tabeli nr 2, lub sumę ubezpieczenia assistance, którą wskazujemy w Tabeli nr 3, to zorganizujemy i zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem lub sumą ubezpieczenia assistance.
11. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznawiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości świadczenie należy się Ubezpieczonemu, potrzebujemy:
   a) wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
   c) dokumentów, które potwierdzają zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu karty DiLO.
2. Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
3. Zawiadomienie o zdiagnozowaniu u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydaniu Ubezpieczonemu karty DiLO można złożyć:
   a) telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
   b) pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
   c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości, to spełniamy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełniamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
5. Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
6. Centrum Operacyjne w porozumieniu z Ubezpieczonym ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Zorganizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu:
   a) 10 dni roboczych w przypadku konsultacji z pulmonologiem lub hepatologiem albo następującego badania specjalistycznego: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa,
   b) 5 dni roboczych w przypadku pozostałych konsultacji i badań specjalistycznych,

   od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości.
7. Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Ubezpieczonym Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ubezpieczonego o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit świadczeń lub sumę ubezpieczenia assistance.
8. W celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia w odniesieniu do Dziecka, Małżonka, Partnera, biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa, w zakresie określonym w art 38 ust. 2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, potrzebujemy informacji o stanie ich zdrowia. Dlatego do zgłoszenia roszczenia z tytułu świadczeń związanych z Dzieckiem, Małżonkiem, Partnerem, biologicznym ojcem lub matką lub rodzeństwem należy dołączyć:
   a) ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz
   b) upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej).

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

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub wydanie karty DiLO nastąpią:

a) wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
b) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
c) wskutek leczenia eksperymentalnego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
d) 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.
e) wskutek umyślnego działania Ubezpieczonego,
f) wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
g) wskutek zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
h) wskutek Wad Wrodzonych,
i) wskutek zakażenia wirusem HIV,
j) wskutek użycia materiałów lub substancji biologicznych lub chemicznych (lub ich składników), w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

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

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 20/2026 i obowiązują od 21 marca 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Niezdolność do pracy

MATERIAŁ REKLAMOWY

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

Warto wiedzieć
Ubezpieczenie dotyczy:
- całkowitej niezdolności do jakiejkolwiek pracy, która jest konsekwencją choroby lub wypadku, trwa nieprzerwanie minimum 12 miesięcy i ma charakter trwały i nieodwracalny

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

Zwróć uwagę
- W razie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wypłacamy 100% kwoty, na którą się ubezpieczyłeś.
- W razie czasowej niezdolności do pracy wypłacamy 10% kwoty, na którą się ubezpieczyłeś.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?
Wszystkie informacje znajdziesz:
- na stronie **allianz.pl,**
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie **allianz.pl**

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/TZ/6/2025)

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

ZYTZNP-O02 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/TZ/6/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Niezdolność do Pracy** – Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy lub Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy
4. **Nowotwór Złośliwy w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości.
   Ubezpieczenie obejmuje następujące Nowotwory Złośliwe w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości:
   a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą,
   b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
   c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0),
   d) rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,
   e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa,
   f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne.
   Rozpoznanie Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.
   W zakresie Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika.
   Ubezpieczenie nie obejmuje:
   - dysplazji,
   - zmian przedrakowych,
   - nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji,
   - mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV.

   Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia
5. **Nowotwór Złośliwy w Wysokim Stopniu Zaawansowania** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe.
   Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa.
   Rozpoznanie Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.
   W zakresie Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania ubezpieczenie nie obejmuje:
   - nowotworów, które spełniają definicję Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości,
   - guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne).

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

   Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia
6. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu: na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym, w ośrodku opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym lub wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym ani szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym
7. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
8. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku Niezdolności do Pracy. Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
   a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
   b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.
   Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
10. **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** – trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej. Ta niezdolność musi spełniać wszystkie poniższe warunki:

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

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

11. **Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy (Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy)** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy. Ta niezdolność musi spełniać wszystkie poniższe warunki:
    a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy,
    b) być spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które również wystąpiło w czasie tej ochrony,
    c) z powodu tego zachorowania utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 3 miesięcy.

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

    Jeśli Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy nie może zostać potwierdzona takimi zaświadczeniami lekarskimi, to wystarczy, że w ramach leczenia Zachorowania na Nowotwór Złośliwy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy:
    - zastosowano leczenie operacyjne podczas Pobytu w Szpitalu w związku z tym zachorowaniem i wtedy dzień, w którym przeprowadzono to leczenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy; ubezpieczenie nie obejmuje biopsji igłowych, kolonoskopii, gastroskopii ani endoskopii górnych ani dolnych dróg oddechowych

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

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

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

    Jeśli podczas minimalnego okresu utrzymywania się Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, który wskazujemy wyżej, Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego minimalnego okresu nie musi przypadać w czasie ochrony ubezpieczeniowej
12. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
    a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat i
    b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
13. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
14. **Zachorowanie na Nowotwór Złośliwy** – choroba Ubezpieczonego, która:
    a) spełnia definicję Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania lub definicję Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości

    oraz
    b) wystąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, i nie stanowi progresji, przerzutu ani innej wznowy nowotworu złośliwego, który wystąpił przed rozpoczęciem tej ochrony.

    Dniem Zachorowania na Nowotwór Złośliwy jest dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy
15. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
    a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
    b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
    c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
    d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
    e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
    f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
    g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
    h) sporty walki;
    i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
    j) zorbing
16. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
    a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
    b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy, także taką, która powstaje na skutek Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
3. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy obejmujemy Ubezpieczonego w ramach pierwszej Umowy Dodatkowej zawieranej na podstawie Twojego Wniosku zarejestrowanego po 13 września 2024 r. lub w ramach kolejnej Umowy Dodatkowej zawieranej na podstawie naszej propozycji przygotowanej po tym dniu.
4. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Po wypłacie pieniędzy za Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy w razie innej Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
    a) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy

    lub
    b) obie niezdolności są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy

    lub

c) obie niezdolności są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.

6. Po wypłacie pieniędzy za Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy – w ramach pierwszej lub kolejnych Umów Dodatkowych, które zawierasz jako część danej Umowy – nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
   a) obie niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu
   lub
   b) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy
   lub
   c) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 miesięcy i obie są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.
7. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli została spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które miało miejsce w pierwszych 90 dniach ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w pierwszej Umowie Dodatkowej. Nie wypłacamy pieniędzy w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy także wtedy, gdy została spowodowana progresją, przerzutem lub inną wznową tego nowotworu złośliwego – niezależnie od momentu ich wystąpienia.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) w ostatnim dniu minimalnego okresu utrzymywania się Niezdolności do Pracy, za którą wypłacamy łącznie 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
   e) w ostatnim dniu minimalnego 12-miesięcznego okresu utrzymywania się najwcześniejszej Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
   f) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:
a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
c) dokumentacji medycznej z przebiegu diagnostyki i leczenia Ubezpieczonego, która potwierdza Niezdolność do Pracy i jej przyczynę, w tym: dokumentacji leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, wyników badań, zwolnień, orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, kopii decyzji organów rentowych.

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

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

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

a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich,
c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
h) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 129/2025 i obowiązują od 20 września 2025 r.

UMOWA DODATKOWA

Leczenie w szpitalu – „Na Zdrowie”

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (ZD/TZ/9/2026)

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

ZYTZZD-O06 02/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE" (ZD/TZ/9/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Ambulatorium** – podmiot leczniczy, który udziela świadczeń medycznych na terenie Rzeczpospolitej Polskiej i jest zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń ambulatoryjnych. Ambulatorium nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Główne Postępowanie Medyczne** – Postępowanie Medyczne, które wskazujemy w części I Wykazu i które zostało przeprowadzone w Szpitalu, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, izby przyjęć oraz przychodni/poradni przyszpitalnej
4. **Inne Postępowanie Medyczne** – Postępowanie Medyczne, spoza części I Wykazu, które jest przeprowadzane w czasie Pobytu w Szpitalu dłuższego niż 5 dni
5. **Limit Wypłat** – maksymalna łączna kwota: wypłat za Postępowania Medyczne, Świadczeń Dodatkowych i Świadczeń Lekowych, która obowiązuje w każdej Umowie Dodatkowej. Limit Wypłat wskazujemy w części VII Wykazu, osobno dla każdego Poziomu Świadczeń
6. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
7. **Pobyt w Ambulatorium** – pobyt Ubezpieczonego w Ambulatorium. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Ambulatorium zgodnie z obowiązującymi przepisami i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
8. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia przyjęcia do dnia wypisu. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu: na oddziale rehabilitacyjnym, w ośrodku opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym lub wypoczynkowym, w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szpitalu uzdrowiskowym ani w szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym
9. **Postępowanie Medyczne** – procedura medyczna, którą stosuje się:
   a) w leczeniu Ubezpieczonego lub diagnostyce jego choroby albo urazu, podczas Pobytu w Szpitalu,
   b) w leczeniu choroby albo urazu Ubezpieczonego, podczas Pobytu w Ambulatorium.
   Wyróżniamy następujące rodzaje Postępowań Medycznych: Główne Postępowanie Medyczne, Inne Postępowanie Medyczne, Postępowanie Medyczne SOR oraz Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne
10. **Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne** – Postępowanie Medyczne, które jest przeprowadzane podczas Pobytu w Ambulatorium, ma charakter leczenia inwazyjnego, czyli odbywa się z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych oraz odpowiada opisowi postępowania, które wskazujemy w Części I Wykazu z wyłączeniem części „Skóra". Postępowaniem Medycznym Ambulatoryjnym nie jest:
    a) postępowanie medyczne wykonywane z powodów diagnostycznych, nawet jeśli w jego trakcie zastosowano leczenie o charakterze inwazyjnym,
    b) usunięcie ciała obcego, w tym kleszcza, czyli pajęczaka z podgromady roztoczy,
    c) usunięcie szwów chirurgicznych,
    d) dializoterapia, chemioterapia, tlenoterapia, aplikowanie substancji do organizmu, w tym wstrzyknięcie podskórne, domięśniowe, dostawowe oraz do światła naczynia krwionośnego
11. **Postępowanie Medyczne SOR** – Postępowanie Medyczne, które jest przeprowadzane podczas pobytu Ubezpieczonego w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć
12. **Poziom Świadczeń** – kwoty, które wskazujemy w Wykazie – dla każdego typu Postępowania Medycznego oraz dla Świadczenia Dodatkowego. Kwoty te nie podlegają indeksacji. Poziom Świadczeń (I, II albo III) wybierasz zanim zawrzesz z nami Umowę Dodatkową, a w czasie trwania tej umowy możesz złożyć wniosek o jego zmianę
13. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
14. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
    a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia lub
    b) wykonuje zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym Postępowania Medycznego
    i zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
15. **Świadczenie Dodatkowe** – pieniądze, które wypłacamy dodatkowo w związku z Głównym Postępowaniem Medycznym, jeśli zachodzą okoliczności, które opisujemy w części V Wykazu
16. **Świadczenie Lekowe** – pieniądze, które wypłacamy dodatkowo w związku z Głównym Postępowaniem Medycznym, jeśli zachodzą okoliczności, które wskazujemy w części VI Wykazu. Można przeznaczyć je na przykład na zakup produktów leczniczych
17. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
    a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat i
    b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
18. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
19. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
20. **Wykaz Postępowań Medycznych (Wykaz)** – dokument, który zawiera:
    a) Główne Postępowania Medyczne (część I),
    b) Inne Postępowania Medyczne (część II),
    c) Postępowania Medyczne SOR (część III),

d) Postępowania Medyczne Ambulatoryjne (część IV),
e) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Dodatkowe (część V),
f) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Lekowe (część VI),
g) Limity Wypłat dla wszystkich Poziomów Świadczeń (część VII)

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

21. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
    a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
    b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
    c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
    d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
    e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
    f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
    g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
    h) sporty walki;
    i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
    j) zorbing
22. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
    a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
    b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia zgodnie z tabelą wypłat, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, występują:
    a) Główne Postępowania Medyczne,
    b) Inne Postępowania Medyczne,
    c) Postępowania Medyczne SOR,
    d) Postępowania Medyczne Ambulatoryjne,
    e) okoliczności, które powodują wypłatę Świadczeń Dodatkowych, lub
    f) okoliczności, które powodują wypłatę Świadczeń Lekowych – jeśli wybrałeś taką opcję,

    także wtedy, gdy te postępowania lub okoliczności występują w związku z Rekreacyjnym Uprawianiem Sportu.
3. Kwota wypłaty zależy od:
    a) rodzaju przeprowadzonego Postępowania Medycznego,
    b) Poziomu Świadczeń,
    c) tego, czy zachodzą okoliczności do wypłaty Świadczenia Dodatkowego,
    d) tego, czy została wybrana opcja Świadczenia Lekowego i czy zachodzą okoliczności do wypłaty takiego świadczenia.

    Kwota wypłaty nie może przekroczyć Limitu Wypłat.
4. Wypłaty za różne rodzaje Postępowań Medycznych opisuje tabela wypłat:

<table>
<tr><td rowspan="2">Rodzaj Postępowania Medycznego w czasie tego samego Pobytu w Szpitalu/ Pobytu w Ambulatorium</td><td colspan="3">Tabela wypłat</td></tr>
<tr><td></td><td>Świadczenie Dodatkowe</td><td>Świadczenie Lekowe (opcja)</td></tr>
<tr><td></td><td>Postępowanie Medyczne</td><td colspan="2">takie świadczenie wypłacamy tylko w przypadku wystąpienia Głównego Postępowania Medycznego, za które wypłacamy 100% kwoty za takie postępowanie</td></tr>
<tr><td>Główne Postępowanie Medyczne</td><td>100% kwoty za to postępowanie</td><td rowspan="5">jedna wypłata za każdą z okoliczności, które wskazujemy w V części Wykazu – o ile obejmujemy Ubezpieczonego nieprzerwaną ochroną ubezpieczeniową od dnia, w którym zostało przeprowadzone Główne Postępowanie Medyczne, do dnia, w którym występują te okoliczności</td><td rowspan="5">jedna wypłata za każdą z okoliczności, które wskazujemy w VI części Wykazu</td></tr>
<tr><td>Więcej niż jedno Główne Postępowanie Medyczne</td><td>100% najwyższej kwoty oraz 75% najwyższej kwoty za pozostałe przeprowadzone postępowania</td></tr>
<tr><td>Główne Postępowanie Medyczne i Inne Postępowanie Medyczne</td><td rowspan="3">jedno świadczenie – za Główne Postępowanie Medyczne (100% kwoty za takie postępowanie)</td></tr>
<tr><td>Główne Postępowanie Medyczne i Postępowanie Medyczne SOR</td></tr>
<tr><td>Postępowanie Medyczne SOR, Główne Postępowanie Medyczne i Inne Postępowanie Medyczne</td></tr>
<tr><td>Jedno albo więcej niż jedno Inne Postępowanie Medyczne</td><td rowspan="2">jedno świadczenie za Inne Postępowanie Medyczne (100% kwoty za takie postępowanie)</td><td rowspan="4" colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Inne Postępowanie Medyczne oraz Postępowanie Medyczne SOR</td></tr>
<tr><td>Postępowanie Medyczne SOR</td><td>jedno świadczenie (100% kwoty za takie postępowanie)</td></tr>
<tr><td>Jedno albo więcej niż jedno Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne</td><td>jedno świadczenie (100% kwoty za takie postępowanie)</td></tr>
</table>

5. Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje tylko takie Postępowania Medyczne, które są skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku.
6. Ubezpieczenie nie obejmuje Głównego Postępowania Medycznego związanego z chorobą zwyrodnieniową stawu leczoną endoprotezoplastyką, jeśli Pobyt w Szpitalu, który wiąże się z tym postępowaniem rozpoczyna się w pierwszych 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej.
7. Ubezpieczenie nie obejmuje Innego Postępowania Medycznego, Postępowania Medycznego SOR ani Postępowania Medycznego Ambulatoryjnego, jeśli Pobyt w Szpitalu lub Pobyt w Ambulatorium wiążą się z ciążą, porodem lub połogiem. Ubezpieczenie obejmuje te postępowania, jeśli przyczyną Pobytu w Szpitalu lub Pobytu

w Ambulatorium jest potwierdzone w dokumentacji medycznej: zagrożenie poronieniem, poronienie, ciąża pozamaciczna, zagrożenie życia osoby, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową, lub zagrożenie życia dziecka.

8. Nie wypłacamy pieniędzy za kolejne:
   a) takie samo Główne Postępowanie Medyczne,
   b) Postępowanie Medyczne SOR,
   c) Główne Postępowanie Medyczne lub Inne Postępowanie Medyczne, które wiążą się z leczeniem tej samej choroby i z zastosowaniem takiej samej metody leczenia,

   jeśli za takie Postępowanie Medyczne poprzednio wypłaciliśmy już pieniądze i nie upłynął odpowiedni okres karencji (12 miesięcy albo 18 miesięcy, albo 5 lat) – od końca poprzedniego Pobytu w Szpitalu, w czasie którego zostało przeprowadzone takie postępowanie, do początku Pobytu w Szpitalu związanego z tym kolejnym postępowaniem.

   Za taką samą metodę leczenia uznajemy:
   - każde leczenie zachowawcze – w przypadku Postępowań Medycznych z zastosowaniem leczenia zachowawczego,
   - każde leczenie operacyjne lub zabiegowe – w przypadku Postępowań Medycznych z zastosowaniem leczenia operacyjnego lub zabiegowego,
   - każdą metodę diagnostyki – w przypadku Postępowań Medycznych z zastosowaniem diagnostyki.
9. Nie wypłacamy pieniędzy za kolejne Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne, jeśli za takie postępowanie poprzednio wypłaciliśmy już pieniądze i nie upłynął okres karencji (12 miesięcy) – od poprzedniego Pobytu w Ambulatorium, w czasie którego zostało przeprowadzone takie postępowanie, do Pobytu w Ambulatorium, związanego z tym kolejnym postępowaniem.
10. Okres karencji, który obowiązuje dla danego Postępowania Medycznego, wskazujemy w Wykazie. Jeśli dla danego Postępowania Medycznego nie wskazujemy takiego okresu, to oznacza, że go nie stosujemy. Okresu karencji nie stosujemy także do Głównych Postępowań Medycznych i Innych Postępowań Medycznych, które są przeprowadzane w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

   to wypłacimy pieniądze zgodnie z Poziomem Świadczeń, który obowiązywał przed zmianą.

   Ograniczenie to nie dotyczy Postępowań Medycznych, które spowodował Nieszczęśliwy Wypadek.
5. Jeśli Główne Postępowanie Medyczne zostało przeprowadzone w czasie Pobytu w Szpitalu, który rozpoczął się w ciągu 90 dni od dnia rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Świadczenia Lekowe, nie wypłacamy tego świadczenia.

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

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

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,

b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich, a w przypadku Ubezpieczonego w wieku poniżej 18 lat – także przez osoby, pod których opieką Ubezpieczony pozostawał,
c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
f) w związku z Wadą Wrodzoną Ubezpieczonego,
g) w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
h) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
i) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
j) w wyniku klęski żywiołowej lub stanu epidemii, które zostały ogłoszone przez odpowiednie organy administracji publicznej,
k) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
l) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 21/2026 i obowiązują od 21 marca 2026 r.

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH DO UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE" (WPM/TZ/9/2026)

Część I. Główne postępowania medyczne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
NEUROLOGIA					
1	5 lat[1]	Śpiączka pochodzenia nieurazowego (z wyłączeniem śpiączki farmakologicznej lub śpiączki cukrzycowej) leczona zachowawczo	1 320 zł	2 640 zł	3 990 zł
2	5 lat[3]	Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona operacyjnie	1 080 zł	2 180 zł	3 310 zł
3	5 lat[1]	Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona zachowawczo	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
4	5 lat[1]	Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona zachowawczo	1 390 zł	2 810 zł	4 270 zł
5	5 lat/18 mies.[2]	Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona operacyjnie	1 620 zł	3 220 zł	4 880 zł
6	5 lat[1]	Przemijający napad niedokrwienny mózgowia TIA (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego mózgowia) leczony zachowawczo	1 750 zł	3 530 zł	5 340 zł
7	5 lat[1]	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	2 960 zł	5 940 zł	9 000 zł
8	5 lat[1]	Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony zachowawczo	2 960 zł	5 940 zł	9 000 zł
9	5 lat[1]	Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony operacyjnie	3 820 zł	7 630 zł	11 600 zł
10	5 lat[1]	Naczyniak mózgowia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej	6 130 zł	12 270 zł	18 560 zł
11	5 lat[1]	Naczyniak mózgowia leczony operacyjnie z chirurgicznym otwarciem czaszki (z wyłączeniem metod śródnaczyniowych lub technik radiologii interwencyjnej)	14 610 zł	29 190 zł	44 260 zł
12	5 lat[1]	Naczyniak rdzenia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej	6 130 zł	12 270 zł	18 560 zł
13	5 lat[1]	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie (z wyłączeniem leczenia metodami śródnaczyniowymi lub metodami radiologii interwencyjnej)	6 920 zł	13 850 zł	20 970 zł
14	5 lat[1]	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony zachowawczo	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
15	5 lat[1]	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony operacyjnie	4 000 zł	7 990 zł	12 130 zł
16	5 lat[1]	Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia) leczony zachowawczo	2 350 zł	4 700 zł	7 130 zł
17	5 lat[1]	Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia lub nowotworów łagodnych przysadki) leczony operacyjnie	4 580 zł	9 160 zł	13 860 zł
18	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	3 590 zł	7 200 zł	10 920 zł
19	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony technikami radiologii interwencyjnej	6 110 zł	12 240 zł	18 550 zł
20	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony operacyjnie	11 680 zł	23 360 zł	35 400 zł
21	5 lat[1]	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	5 530 zł	11 080 zł	16 780 zł
22	5 lat[1]	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	5 530 zł	11 080 zł	16 780 zł
23	5 lat[1]	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	4 890 zł	9 790 zł	14 840 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
24	5 lat[1]	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem leczona zachowawczo	2 510 zł	5 030 zł	7 610 zł
25	5 lat[1]	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zachowawczo	1 620 zł	3 220 zł	4 850 zł
26	5 lat[1]	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zabiegowo	3 060 zł	6 110 zł	9 270 zł
27	5 lat[1]	Zespół Guillaina-Barrego leczony zachowawczo	1 470 zł	2 910 zł	4 420 zł
28	5 lat[1]	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	1 620 zł	3 220 zł	4 850 zł
29	5 lat[1]	Stwardnienie zanikowe boczne leczone zachowawczo	4 580 zł	9 160 zł	13 860 zł
30	5 lat[1]	Stwardnienie zanikowe boczne leczone z zastosowaniem zabiegów tracheostomii lub przezskórnej gastrostomii endoskopowej [PEG]	4 890 zł	9 790 zł	14 840 zł
31	5 lat[1]	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	4 020 zł	8 020 zł	12 150 zł
NARZĄD WZROKU					
32	5 lat[1]	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	960 zł	1 920 zł	2 910 zł
33	5 lat[3]	Krwawienie do przedniej komory oka (z wyłączeniem krwawienia spowodowanego urazem) leczone zachowawczo	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
34	5 lat[1]	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej (z wyłączeniem leczenia skutków urazu oka) leczone zachowawczo	1 140 zł	2 300 zł	3 490 zł
35	5 lat[3]	Choroba ciała szklistego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	3 330 zł	6 650 zł	9 990 zł
36	5 lat[3]	Zaćma leczona operacyjnie metodą wszczepienia sztucznej soczewki	1 390 zł	2 810 zł	4 270 zł
37	5 lat[3]	Półpasiec oczny, wrzód rogówki, zapalenie rogówki lub twardówki leczone zachowawczo	960 zł	1 920 zł	2 910 zł
38	5 lat[3]	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo lub metodami laserowymi	960 zł	1 920 zł	2 910 zł
39	5 lat[1]	Choroba rogówki lub twardówki leczona zabiegowo (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	1 130 zł	2 250 zł	3 420 zł
40	5 lat[1]	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
41	5 lat[1]	Choroba siatkówki leczona zachowawczo lub metodą iniekcji doszklistkowej (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	820 zł	1 640 zł	2 490 zł
42	5 lat[1]	Zamknięcie światła żyły środkowej lub tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	1 140 zł	2 300 zł	3 490 zł
43	5 lat[1]	Choroba siatkówki (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem metody iniekcji doszklistkowej)	1 910 zł	3 840 zł	5 800 zł
44	5 lat[1]	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	1 280 zł	2 540 zł	3 840 zł
45	5 lat[3]	Jaskra leczona zachowawczo lub metodami laserowymi	870 zł	1 740 zł	2 640 zł
46	5 lat[3]	Jaskra leczona operacyjnie	1 130 zł	2 250 zł	3 420 zł
47	5 lat[1]	Choroba dróg odprowadzających łzy leczona operacyjnie	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
48	5 lat[3]	Choroba powieki (z wyłączeniem nowotworu skóry powieki lub zmian zwyrodnieniowych spojówki) leczona operacyjnie	280 zł	570 zł	850 zł
49	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	430 zł	850 zł	1 280 zł
50	5 lat[3]	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	820 zł	1 640 zł	2 490 zł
51	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	1 770 zł	3 560 zł	5 340 zł
52	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony zachowawczo	1 420 zł	2 820 zł	4 270 zł
53	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	2 050 zł	4 110 zł	6 240 zł
54	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej	2 350 zł	4 700 zł	7 130 zł
OTOLARYNGOLOGIA					
55	5 lat[1]	Krwawienie z nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone zachowawczo	280 zł	570 zł	850 zł
56	5 lat[1]	Krwawienie z nosa (z wyłączeniem polipa i urazu nosa) leczone metodą zabiegową	460 zł	930 zł	1 420 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
57	5 lat[1]	Przerost małżowin nosa lub skrzywienie przegrody nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone operacyjnie	460 zł	930 zł	1 420 zł
58	5 lat[1]	Przerost lub zapalenie migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego leczone operacyjnie	820 zł	1 640 zł	2 490 zł
59	5 lat[1]	Zaburzenia równowagi pochodzenia błędnikowego leczone zachowawczo	600 zł	1 190 zł	1 800 zł
60	5 lat[3]	Zapalenie ucha środkowego leczone zachowawczo	740 zł	1 500 zł	2 280 zł
61	5 lat[3]	Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębenkowej	740 zł	1 500 zł	2 280 zł
62	5 lat[3]	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	2 070 zł	4 170 zł	6 270 zł
63	5 lat[3]	Otoskleroza, perlak lub zapalenie ucha środkowego bez uszkodzenia kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	1 070 zł	2 160 zł	3 260 zł
64	5 lat[1]	Choroba ucha wewnętrznego leczona zachowawczo	960 zł	1 920 zł	2 910 zł
65	5 lat[3]	Choroba ucha wewnętrznego leczona operacyjnie	1 320 zł	2 640 zł	3 990 zł
66	5 lat[1]	Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej lub ślinianki) leczona zachowawczo	660 zł	1 320 zł	2 000 zł
67	5 lat[1]	Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej lub chorób ślinianki) leczona operacyjnie	1 180 zł	2 350 zł	3 560 zł
68	5 lat[3]	Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	1 020 zł	2 030 zł	3 070 zł
69	5 lat[3]	Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie z całkowitym usunięciem ślinianki	1 420 zł	2 860 zł	4 270 zł
70	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy ślinianki leczony operacyjnie	2 240 zł	4 470 zł	6 760 zł
71	5 lat[1]	Choroba gardła lub krtani (z wyłączeniem choroby migdałka lub nowotworu złośliwego gardła lub krtani) leczona zachowawczo	660 zł	1 320 zł	2 000 zł
72	5 lat[1]	Choroba gardła (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła, przerostu lub zapalenia migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego) leczona operacyjnie	1 640 zł	3 300 zł	5 000 zł
73	5 lat[1]	Choroba krtani (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani) leczona operacyjnie	2 010 zł	4 000 zł	6 050 zł
74	5 lat[1]	Polip nosa, nowotwór łagodny nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok przynosowych leczone operacyjnie	1 070 zł	2 160 zł	3 260 zł
75	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych leczony operacyjnie	2 240 zł	4 470 zł	6 760 zł
76	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo	1 420 zł	2 820 zł	4 270 zł
77	5 lat[1]	Nowotwór łagodny jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu ślinianki) leczony operacyjnie	1 280 zł	2 560 zł	3 870 zł
78	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczony operacyjnie	2 240 zł	4 470 zł	6 760 zł
79	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy jamy nosowej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego zatok) leczony operacyjnie	2 420 zł	4 850 zł	7 340 zł
80	5 lat[1]	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	1 670 zł	3 330 zł	5 040 zł
81	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy gardła leczony zachowawczo	1 420 zł	2 820 zł	4 270 zł
82	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	3 300 zł	6 580 zł	9 990 zł
83	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy krtani leczony zachowawczo	1 420 zł	2 820 zł	4 270 zł
84	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	5 080 zł	10 160 zł	15 400 zł
UKŁAD ODDECHOWY					
85	5 lat[1]	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	660 zł	1 320 zł	2 000 zł
86	5 lat[1]	Zapalenie płuc lub zapalenie opłucnej leczone zachowawczo, w tym zabiegiem torakocentezy	1 130 zł	2 250 zł	3 420 zł
87	5 lat[1]	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii, ale niewymagająca wykonania diagnostyki inwazyjnej (torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	430 zł	850 zł	1 280 zł
88	5 lat[1]	Choroba dróg oddechowych diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej: torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki (z wyłączeniem choroby dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania wyłącznie bronchoskopii), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	1 070 zł	2 160 zł	3 260 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
89	5 lat[1]	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	1 130 zł	2 250 zł	3 420 zł
90	5 lat[1]	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo	1 130 zł	2 250 zł	3 420 zł
91	5 lat[1]	Rozedma płuc leczona operacyjnie	1 380 zł	2 770 zł	4 200 zł
92	5 lat[1]	Guz śródpiersia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczony operacyjnie	1 330 zł	2 660 zł	4 030 zł
93	5 lat[1]	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	1 300 zł	2 590 zł	3 920 zł
94	5 lat[1]	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie	2 810 zł	5 640 zł	8 570 zł
95	5 lat[1]	Odma opłucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczona zachowawczo	1 180 zł	2 350 zł	3 560 zł
96	5 lat[1]	Odma opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej, zapalenia opłucnej, odmy pourazowej lub wysięku pourazowego)	1 380 zł	2 770 zł	4 200 zł
97	5 lat[1]	Odma opłucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczona operacyjnie	2 810 zł	5 640 zł	8 570 zł
98	5 lat[1]	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem lub metodą nakłuć opłucnej	1 480 zł	2 950 zł	4 480 zł
99	5 lat[1]	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie	2 810 zł	5 640 zł	8 570 zł
100	5 lat[1]	Ropień płuca leczony operacyjnie	4 220 zł	8 460 zł	12 840 zł
101	5 lat[1]	Wysięk opłucnowy (z wyłączeniem wysięków zapalnych lub pourazowych) leczony zachowawczo	1 390 zł	2 810 zł	4 270 zł
102	5 lat[1]	Włóknienie płuc lub choroba śródmiąższowa płuc (z wyłączeniem sarkoidozy płuc) leczone zachowawczo	1 300 zł	2 590 zł	3 920 zł
103	5 lat[1]	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	1 390 zł	2 810 zł	4 270 zł
104	5 lat[1]	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	1 060 zł	2 120 zł	3 200 zł
105	5 lat[1]	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	4 000 zł	7 990 zł	12 130 zł
106	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	2 590 zł	5 170 zł	7 850 zł
107	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5 170 zł	10 340 zł	15 700 zł
108	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	7 850 zł	15 670 zł	23 760 zł
109	5 lat[1]	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczony zachowawczo	1 060 zł	2 120 zł	3 200 zł
110	5 lat[1]	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczony operacyjnie	1 790 zł	3 570 zł	5 420 zł
111	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie	4 220 zł	8 460 zł	12 840 zł
112	5 lat[1]	Ostra niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem respiratora	2 350 zł	4 700 zł	7 130 zł
113	5 lat[1]	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	23 550 zł	47 110 zł	71 380 zł
UKŁAD KRĄŻENIA					
114	5 lat[1]	Choroba serca i układu krążenia diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej (koronarografii lub innej angiografii wykonanych z wprowadzeniem cewnika do jam serca lub światła naczyń oraz z podaniem kontrastu)	460 zł	930 zł	1 420 zł
115	5 lat[3]	Żylaki kończyny dolnej leczone operacyjnie lub zabiegowo	880 zł	1 790 zł	2 700 zł
116	5 lat[1]	Zator tętnicy płucnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem wrodzonych zaburzeń krzepnięcia)	3 780 zł	7 570 zł	11 480 zł
117	5 lat[1]	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	460 zł	930 zł	1 420 zł
118	5 lat[1]	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	2 160 zł	4 340 zł	6 560 zł
119	5 lat[1]	Zapalenie mięśnia serca lub wsierdzia leczone zachowawczo	5 150 zł	10 290 zł	15 600 zł
120	5 lat[1]	Choroba niedokrwienna serca (z wyłączeniem ciężkiej niewydolności serca w klasie III lub IV NHA) leczona zachowawczo (z wyłączeniem inwazyjnych metod leczenia w tym angioplastyki, angioplastyki z implantacją stentu/stentów, pomostowania aortalno-wieńcowego)	1 180 zł	2 350 zł	3 560 zł
121	5 lat[1]	Ostry zespół wieńcowy leczony wyłącznie zachowawczo bez stosowania angioplastyki	2 700 zł	5 420 zł	8 200 zł
122	5 lat/18 mies.[2]	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	2 650 zł	5 320 zł	8 050 zł
123	5 lat/18 mies.[2]	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu	5 640 zł	11 290 zł	17 060 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
124	5 lat/18 mies.[2]	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	10 400 zł	20 790 zł	31 500 zł
125	5 lat[1]	Migotanie lub trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo, w tym metodą kardiowersji	880 zł	1 770 zł	2 700 zł
126	5 lat[1]	Zaburzenia rytmu serca (z wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	1 190 zł	2 380 zł	3 580 zł
127	5 lat[1]	Zaburzenia rytmu serca leczone metodą ablacji przezskórnej	4 900 zł	9 840 zł	14 760 zł
128	5 lat[1]	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca lub operacją implantacji automatycznego kardiowertera-defibrylatora lub kardiowertera –defibrylatora z funkcją resynchronizacji	7 040 zł	14 080 zł	21 340 zł
129	5 lat[1]	Operacja wymiany stymulatora lub innego implantowanego urządzenia służącego do elektroterapii serca	6 110 zł	12 240 zł	18 550 zł
130	5 lat[1]	Ciężka niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA) leczona zachowawczo	4 100 zł	8 200 zł	12 310 zł
131	5 lat[1]	Choroba naczyń obwodowych – zakrzepica lub niedrożność (z wyłączeniem zatorowości płucnej, chorób tętnic mózgowych, wieńcowych, chorób żył powierzchownych lub niezakrzepowego zapalenia naczyń) leczona zachowawczo	1 670 zł	3 350 zł	5 080 zł
132	5 lat/18 mies.[2]	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią	5 870 zł	11 700 zł	17 710 zł
133	5 lat/18 mies.[2]	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem	4 280 zł	8 580 zł	13 000 zł
134	5 lat[1]	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony technikami wewnątrznaczyniowymi lub radiologii interwencyjnej	5 640 zł	11 290 zł	17 060 zł
135	5 lat[1]	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętniaków leczonych technikami wewnątrznaczyniowymi lub radiologii interwencyjnej)	13 440 zł	26 870 zł	40 710 zł
136	5 lat/18 mies.[2]	Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu	3 920 zł	7 810 zł	11 840 zł
137	5 lat/18 mies.[2]	Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy (z wyłączeniem metod wewnątrznaczyniowych)	4 870 zł	9 740 zł	14 760 zł
138	5 lat[1]	Tętniak aorty leczony metodą wewnątrznaczyniową (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej)	8 390 zł	16 780 zł	25 440 zł
139	5 lat[1]	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	8 110 zł	16 240 zł	24 610 zł
140	5 lat[1]	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastyki wewnątrznaczyniowej z zastosowaniem stentu)	10 640 zł	21 300 zł	32 260 zł
141	5 lat[1]	Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty) leczony przy użyciu metod wewnątrznaczyniowych	5 320 zł	10 610 zł	16 070 zł
142	5 lat[1]	Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty) leczony operacyjnie (z wyłączeniem metod wewnątrznaczyniowych)	5 420 zł	10 820 zł	16 400 zł
143	5 lat/18 mies.[2]	Wada zastawkowa serca leczona zabiegowo metodami endowaskularnymi	5 270 zł	10 560 zł	15 840 zł
144	5 lat/18 mies.[2]	Wada zastawkowa serca leczona operacyjnie (z wyłączeniem metod endowaskularnych lub operacji wymiany zastawki)	7 850 zł	15 670 zł	23 760 zł
145	5 lat/18 mies.[2]	Wada zastawkowa serca leczona operacyjną wymianą zastawki serca	11 360 zł	22 740 zł	34 450 zł
146	5 lat[1]	Niewydolność serca leczona operacyjnie przeszczepem serca	23 550 zł	47 110 zł	71 380 zł
UKŁAD POKARMOWY					
147	5 lat[1]	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki, o ile nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia związanego z tymi dolegliwościami	460 zł	930 zł	1 420 zł
148	5 lat[1]	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	1 020 zł	2 030 zł	3 070 zł
149	5 lat[1]	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	910 zł	1 830 zł	2 770 zł
150	5 lat[1]	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	670 zł	1 350 zł	2 050 zł
151	5 lat[1]	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	2 480 zł	4 940 zł	7 480 zł
152	5 lat[1]	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową	2 020 zł	4 040 zł	6 130 zł
153	5 lat[1]	Żylaki przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	1 100 zł	2 220 zł	3 340 zł
154	5 lat[1]	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie (z wyłączeniem metody endoskopowej)	1 300 zł	2 590 zł	3 920 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
155	5 lat[1]	Zapalenie wyrostka robaczkowego (z wyłączeniem zapalenia wyrostka robaczkowego powikłanego rozlanym zapaleniem otrzewnej) leczone operacyjnie	1 020 zł	2 030 zł	3 070 zł
156	5 lat[1]	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	1 630 zł	3 260 zł	4 920 zł
157	5 lat[3]	Przepuklina pachwinowa, mosznowa lub udowa leczona operacyjnie	860 zł	1 730 zł	2 630 zł
158	5 lat[1]	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	1 190 zł	2 370 zł	3 580 zł
159	5 lat[1]	Przepuklina brzuszna, w tym przepuklina w bliźnie pooperacyjnej (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej) leczona operacyjnie	1 110 zł	2 240 zł	3 380 zł
160	5 lat[1]	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	1 180 zł	2 350 zł	3 560 zł
161	5 lat[1]	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie lub zabiegowo	1 390 zł	2 810 zł	4 270 zł
162	5 lat[1]	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	720 zł	1 470 zł	2 210 zł
163	5 lat[1]	Choroba jelita grubego (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub nowotworu złośliwego jelita grubego) leczona operacyjnie	2 120 zł	4 220 zł	6 420 zł
164	5 lat[1]	Przewlekła choroba zapalna jelita (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego) leczona zachowawczo	1 380 zł	2 790 zł	4 190 zł
165	5 lat[1]	Ostre zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	700 zł	1 420 zł	2 140 zł
166	5 lat[1]	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	2 120 zł	4 220 zł	6 420 zł
167	5 lat[1]	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4 040 zł	8 100 zł	12 270 zł
168	5 lat[1]	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	5 640 zł	11 300 zł	17 140 zł
169	5 lat[1]	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	1 640 zł	3 300 zł	5 000 zł
170	5 lat[1]	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	2 120 zł	4 220 zł	6 420 zł
171	5 lat[1]	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie	2 350 zł	4 700 zł	7 130 zł
172	5 lat[1]	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie	3 060 zł	6 110 zł	9 270 zł
173	5 lat[1]	Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem niedrożności lub martwicy jelit, ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii	4 220 zł	8 460 zł	12 840 zł
174	5 lat[1]	Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii	5 060 zł	10 100 zł	15 310 zł
175	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego lub przestrzeni zaotrzewnowej leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła lub nowotworu złośliwego żołądka leczonego z wykonaniem endoskopii)	2 810 zł	5 640 zł	8 570 zł
176	5 lat[1]	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	1 420 zł	2 820 zł	4 270 zł
177	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie	3 730 zł	7 460 zł	11 300 zł
178	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3 390 zł	6 790 zł	10 300 zł
179	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie	5 640 zł	11 300 zł	17 140 zł
180	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej leczony operacyjnie	4 040 zł	8 100 zł	12 270 zł
181	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego) leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii	4 220 zł	8 460 zł	12 840 zł
182	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego) leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii	5 060 zł	10 100 zł	15 310 zł
183	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie	4 040 zł	8 100 zł	12 270 zł
184	5 lat[1]	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo	1 280 zł	2 560 zł	3 840 zł
185	5 lat[1]	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych (z wyłączeniem nowotworu) leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW	1 240 zł	2 490 zł	3 770 zł
186	5 lat[1]	Kamica, polip pęcherzyka żółciowego lub kamica przewodowa leczone operacyjnie	1 560 zł	3 140 zł	4 700 zł
187	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony zachowawczo	2 810 zł	5 640 zł	8 570 zł
188	5 lat[1]	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	2 220 zł	4 440 zł	6 730 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
189	5 lat[1]	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5 270 zł	10 560 zł	15 990 zł
190	5 lat[1]	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	7 850 zł	15 670 zł	23 760 zł
191	5 lat[1]	Choroba wątroby (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby lub niewydolności wątroby) leczona zachowawczo	1 320 zł	2 640 zł	3 990 zł
192	5 lat[1]	Niewydolność lub marskość wątroby (z wyłączeniem marskości alkoholowej) leczona zachowawczo	2 640 zł	5 270 zł	7 980 zł
193	5 lat[1]	Ropień wątroby leczony operacyjnie	4 000 zł	7 990 zł	12 130 zł
194	5 lat[1]	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie	3 930 zł	7 880 zł	11 910 zł
195	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	4 220 zł	8 460 zł	12 840 zł
196	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie	6 580 zł	13 180 zł	19 990 zł
197	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	4 940 zł	9 890 zł	14 980 zł
198	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	3 390 zł	6 790 zł	10 300 zł
199	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie	7 530 zł	15 060 zł	22 850 zł
200	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie	4 220 zł	8 460 zł	12 840 zł
201	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	3 530 zł	7 060 zł	10 700 zł
202	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie	6 360 zł	12 720 zł	19 260 zł
203	5 lat[1]	Niewydolność wątroby (z wyłączeniem alkoholowej marskości wątroby) leczona operacyjnie przeszczepem wątroby	23 550 zł	47 110 zł	71 380 zł
UKŁAD RUCHU					
204	–	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	740 zł	1 500 zł	2 280 zł
205	–	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	1 080 zł	2 180 zł	3 310 zł
206	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki (z wyłączeniem stawu promieniowo-nadgarstkowego lub kości nadgarstka) leczone operacyjnie	1 080 zł	2 180 zł	3 310 zł
207	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego lub złamanie kości nadgarstka leczone operacyjnie	1 080 zł	2 180 zł	3 310 zł
208	–	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone zachowawczo	740 zł	1 500 zł	2 280 zł
209	–	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 010 zł	2 020 zł	3 060 zł
210	–	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	1 340 zł	2 680 zł	4 060 zł
211	–	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone zachowawczo	510 zł	1 050 zł	1 590 zł
212	–	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 790 zł	3 570 zł	5 390 zł
213	–	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	2 640 zł	5 250 zł	7 950 zł
214	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką częściową	5 240 zł	10 480 zł	15 880 zł
215	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	7 530 zł	15 060 zł	22 850 zł
216	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką częściową[4]	5 240 zł	10 480 zł	15 880 zł
217	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą[4]	7 530 zł	15 060 zł	22 850 zł
218	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej)	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
219	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 580 zł	9 160 zł	13 860 zł
220	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	6 580 zł	13 180 zł	19 990 zł
221	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej)	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
222	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką częściową[4]	4 580 zł	9 160 zł	13 860 zł
223	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą[4]	6 580 zł	13 180 zł	19 990 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
224	–	Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, łopatka) leczone zachowawczo	660 zł	1 320 zł	2 000 zł
225	–	Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, łopatka) leczone operacyjnie	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
226	–	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	3 060 zł	6 110 zł	9 270 zł
227	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem artroskopii leczniczej i endoprotezoplastyki)	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
228	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
229	–	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	4 000 zł	7 990 zł	12 110 zł
230	–	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	1 970 zł	3 950 zł	6 000 zł
231	–	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	1 130 zł	2 280 zł	3 420 zł
232	–	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	3 090 zł	6 210 zł	9 420 zł
233	–	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	740 zł	1 500 zł	2 280 zł
234	–	Urazowe uszkodzenie struktur kostnych stopy leczone operacyjnie	1 320 zł	2 650 zł	4 000 zł
235	5 lat[3]	Nabyte zniekształcenie koślawe palucha leczone operacyjnie	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
236	5 lat[3]	Nabyte zniekształcenie palców stopy (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha) leczone operacyjnie	1 180 zł	2 350 zł	3 560 zł
237	–	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni (z wyłączeniem złamania wielomiejscowego kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych) leczone operacyjnie	1 300 zł	2 590 zł	3 920 zł
238	–	Złamanie trzonu kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	510 zł	1 050 zł	1 590 zł
239	–	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 790 zł	3 570 zł	5 390 zł
240	–	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	2 640 zł	5 250 zł	7 950 zł
241	–	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	1 830 zł	3 680 zł	5 550 zł
242	–	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	3 530 zł	7 070 zł	10 700 zł
243	–	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	4 700 zł	9 420 zł	14 280 zł
244	–	Złamanie kości obu kończyn dolnych z przemieszczeniem leczone operacyjnie	10 340 zł	20 720 zł	31 400 zł
245	–	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie	3 530 zł	7 060 zł	10 700 zł
246	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 940 zł	9 890 zł	14 980 zł
247	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	7 060 zł	14 120 zł	21 410 zł
248	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
249	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką częściową[4]	4 940 zł	9 890 zł	14 980 zł
250	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą[4]	7 060 zł	14 120 zł	21 410 zł
251	–	Złamanie kości stawu kolanowego leczone zachowawczo	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
252	–	Złamanie kości biodrowej (w tym kości miednicy) leczone zachowawczo	1 240 zł	2 490 zł	3 760 zł
253	–	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	4 430 zł	8 860 zł	13 420 zł
254	–	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	1 040 zł	2 070 zł	3 140 zł
255	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 220 zł	8 460 zł	12 840 zł
256	–	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	6 110 zł	12 240 zł	18 550 zł
257	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką częściową[4]	4 220 zł	8 460 zł	12 840 zł
258	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą[4]	6 110 zł	12 240 zł	18 550 zł
259	–	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	2 120 zł	4 220 zł	6 420 zł
260	–	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	1 040 zł	2 070 zł	3 140 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
261	5 lat[1]	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	740 zł	1 500 zł	2 280 zł
262	5 lat[1]	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodami zabiegowymi: ostrzykiwanie, leczenie z zastosowaniem komórek macierzystych, osocza	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
263	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej lub artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	1 000 zł	1 970 zł	3 000 zł
264	5 lat[3]	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	1 560 zł	3 140 zł	4 750 zł
265	–	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	1 500 zł	3 020 zł	4 570 zł
266	–	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem usunięcia materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej)	1 300 zł	2 590 zł	3 920 zł
267	–	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra lub uda leczona operacyjnie	4 000 zł	7 990 zł	12 110 zł
268	–	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie	3 090 zł	6 210 zł	9 420 zł
269	–	Amputacja urazowa stopy lub palców stopy	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
270	5 lat[1]	Amputacja całej kończyny dolnej z przyczyn chorobowych	5 240 zł	10 480 zł	15 880 zł
271	5 lat[1]	Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości podudzia	2 640 zł	5 250 zł	7 950 zł
272	5 lat[1]	Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości stawu skokowego	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
273	5 lat[1]	Amputacja części stopy lub palców stopy z przyczyn chorobowych	1 040 zł	2 070 zł	3 140 zł
274	5 lat[3]	Zakażenie tkanek miękkich w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	3 060 zł	6 110 zł	9 250 zł
275	–	Złamanie kości kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej) leczone zachowawczo	2 010 zł	4 000 zł	6 050 zł
276	–	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie	4 000 zł	7 990 zł	12 130 zł
277	–	Uraz kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa lub złamania kości obręczy kończyny dolnej) leczony zachowawczo	1 390 zł	2 810 zł	4 270 zł
278	5 lat[1]	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie	4 000 zł	7 990 zł	12 130 zł
279	5 lat[1]	Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona operacyjnie (z wyłączeniem małoinwazyjnych metod zabiegowych)	1 710 zł	3 420 zł	5 120 zł
280	5 lat[1]	Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona zachowawczo lub małoinwazyjnymi metodami zabiegowymi	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
281	5 lat[1]	Skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	10 740 zł	21 460 zł	32 540 zł
282	5 lat[1]	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
283	5 lat[1]	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgów)	2 350 zł	4 700 zł	7 130 zł
284	5 lat[1]	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	2 490 zł	4 970 zł	7 530 zł
285	5 lat[1]	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	4 470 zł	8 940 zł	13 550 zł
286	5 lat[1]	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy) leczone zachowawczo	2 170 zł	4 350 zł	6 580 zł
287	5 lat[1]	Zapalenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy, zakażenia stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu lub zapalenia stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej) leczone zachowawczo	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
288	5 lat[1]	Jałowa martwica kości leczona zachowawczo	1 790 zł	3 570 zł	5 420 zł
289	5 lat[3]	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	2 590 zł	5 170 zł	7 850 zł
290	5 lat[1]	Choroba układu mięśniowego (z wyłączeniem choroby mięśnia obręczy kończyny dolnej) leczona zachowawczo	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
291	5 lat[1]	Choroba układu mięśniowego leczona operacyjnie	1 000 zł	1 970 zł	3 000 zł
292	–	Urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	1 530 zł	3 090 zł	4 700 zł
293	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony zachowawczo	2 350 zł	4 700 zł	7 130 zł
294	5 lat[1]	Nowotwór łagodny tkanki kostnej leczony operacyjnie	740 zł	1 500 zł	2 280 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
295	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	2 220 zł	4 430 zł	6 700 zł
296	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	5 000 zł	9 950 zł	15 110 zł
297	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony operacyjnie	2 590 zł	5 170 zł	7 850 zł
SKÓRA					
298	5 lat[1]	Nowotwór łagodny skóry (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej lub znamion barwnikowych) leczony operacyjnie	670 zł	1 350 zł	2 040 zł
299	5 lat[1]	Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo	570 zł	1 130 zł	1 710 zł
300	5 lat[1]	Choroba ropna skóry, choroba pęcherzowa skóry (z wyłączeniem chorób zakaźnych) leczone zachowawczo	1 050 zł	2 100 zł	3 180 zł
301	5 lat[1]	Choroba ropna skóry, owrzodzenie skóry lub martwica skóry (z wyłączeniem martwicy będącej skutkiem urazu) leczone zabiegowo (z wyłączeniem przeszczepu skóry)	1 240 zł	2 490 zł	3 760 zł
302	5 lat[3]	Owrzodzenie podudzi leczone operacyjnie przeszczepem skóry	4 220 zł	8 460 zł	12 840 zł
303	5 lat[1]	Toczeń skórny, rumień guzowaty (z wyłączeniem rumienia guzowatego towarzyszącego sarkoidozie lub chorobom zapalnym jelit) leczony zachowawczo	1 970 zł	3 950 zł	6 000 zł
304	5 lat[1]	Łuszczyca skóry lub choroba wynikająca z nadmiernego rogowacenia skóry (z wyłączeniem łuszczycy stawowej) leczona zachowawczo	1 860 zł	3 720 zł	5 630 zł
305	5 lat[1]	Liszaj płaski leczony zachowawczo	700 zł	1 390 zł	2 140 zł
306	5 lat[1]	Martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo	1 610 zł	3 200 zł	4 850 zł
307	5 lat[1]	Torbiel włosowa leczona operacyjnie	720 zł	1 470 zł	2 220 zł
308	5 lat[3]	Choroba sutka diagnozowana z zastosowaniem biopsji gruboigłowej lub chirurgicznej	430 zł	850 zł	1 280 zł
309	5 lat[3]	Choroba sutka (z wyłączeniem nowotworu sutka lub rekonstrukcji sutka po uprzednim operacyjnym leczeniu nowotworu sutka) leczona operacyjnie	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
310	5 lat[3]	Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie	930 zł	1 880 zł	2 860 zł
311	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo	1 420 zł	2 820 zł	4 270 zł
312	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z procedurą węzła wartowniczego	1 770 zł	3 560 zł	5 340 zł
313	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych (z wyłączeniem nowotworu złośliwego sutka leczonego operacyjnie z zastosowaniem jedynie procedury węzła wartowniczego)	3 530 zł	7 060 zł	10 700 zł
314	5 lat[1]	Przerzuty raka sutka do węzłów chłonnych leczone operacyjnie	1 770 zł	3 560 zł	5 340 zł
315	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego skóry twarzy lub szyi) leczony operacyjnie	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
316	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy skóry twarzy lub szyi leczony operacyjnie	2 120 zł	4 220 zł	6 420 zł
317	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
318	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
ENDOKRYNOLOGIA					
319	5 lat[1]	Cukrzyca leczona zachowawczo	1 610 zł	3 200 zł	4 850 zł
320	5 lat[1]	Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo	1 970 zł	3 950 zł	6 000 zł
321	5 lat[1]	Choroba narządu układu wydzielania wewnętrznego (z wyłączeniem cukrzycy, śpiączki cukrzycowej, nowotworu przysadki mózgowej lub nowotworu złośliwego tarczycy) leczona zachowawczo	1 390 zł	2 810 zł	4 270 zł
322	5 lat[1]	Choroba tarczycy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczona operacyjnie	1 740 zł	3 510 zł	5 250 zł
323	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy tarczycy leczony operacyjnie	2 500 zł	5 020 zł	7 580 zł
324	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy tarczycy leczony zachowawczo	2 160 zł	4 340 zł	6 510 zł
325	5 lat[1]	Choroba przytarczyc leczona operacyjnie	3 010 zł	6 010 zł	9 080 zł
326	5 lat[1]	Choroba przysadki mózgowej leczona operacyjnie	5 420 zł	10 820 zł	16 400 zł
327	5 lat[3]	Choroba nadnerczy leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	2 880 zł	5 740 zł	8 720 zł
328	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie	3 490 zł	6 960 zł	10 560 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
UKŁAD MOCZOWY					
329	5 lat[1]	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki, o ile nie postawiono ostatecznego rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	570 zł	1 130 zł	1 710 zł
330	5 lat[1]	Zakażenie układu moczowego (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego) lub kolka nerkowa leczone zachowawczo	610 zł	1 220 zł	1 850 zł
331	5 lat[1]	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL	720 zł	1 470 zł	2 210 zł
332	5 lat[1]	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL)	1 180 zł	2 350 zł	3 560 zł
333	5 lat[1]	Choroby zapalne nerek (z wyłączeniem zakażenia układu moczowego, zapalenia cewki moczowej lub pęcherza moczowego) leczone zachowawczo	720 zł	1 470 zł	2 210 zł
334	5 lat[1]	Choroba układu moczowego leczona metodami endoskopii przezcewkowej	1 300 zł	2 590 zł	3 920 zł
335	5 lat[1]	Choroba pęcherza moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii	2 590 zł	5 170 zł	7 850 zł
336	5 lat[1]	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	1 790 zł	3 570 zł	5 420 zł
337	5 lat[1]	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	2 880 zł	5 740 zł	8 720 zł
338	5 lat[1]	Choroba układu moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii (z wyłączeniem choroby pęcherza moczowego leczonej operacyjnie z zastosowaniem urostomii)	1 970 zł	3 950 zł	6 000 zł
339	5 lat[1]	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, przetok lub gruźlicy układu moczowego) leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia z zastosowaniem urostomii lub kamicy układu moczowego leczonej z użyciem ESWL lub chorób układu moczowego leczonych metodami endoskopii przezcewkowej)	3 330 zł	6 670 zł	10 100 zł
340	5 lat[1]	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie lub zabiegowo	1 800 zł	3 600 zł	5 470 zł
341	5 lat[1]	Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rodnego) leczone metodami laserowymi	1 300 zł	2 590 zł	3 920 zł
342	5 lat[1]	Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rodnego) leczone operacyjnie	1 970 zł	3 950 zł	6 000 zł
343	5 lat[1]	Przetoki układu moczowego leczone operacyjnie	4 000 zł	7 990 zł	12 130 zł
344	5 lat[1]	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	2 010 zł	4 000 zł	6 050 zł
345	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu o dużym zaawansowaniu miejscowym) leczony operacyjnie	3 950 zł	7 920 zł	11 980 zł
346	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wycięciem pęcherza moczowego wraz z nacieczonymi innymi częściami układu moczowego (nerki, moczowodu, cewki moczowej) lub narządów sąsiednich (z wyłączeniem węzłów chłonnych i przerzutów odległych)	6 390 zł	12 800 zł	19 400 zł
347	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie	4 940 zł	9 890 zł	14 980 zł
348	5 lat[1]	Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	9 420 zł	18 840 zł	28 540 zł
349	5 lat[1]	Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	11 300 zł	22 610 zł	34 250 zł
MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE					
350	5 lat[1]	Łagodny rozrost gruczołu krokowego diagnozowany z zastosowaniem biopsji	430 zł	850 zł	1 280 zł
351	5 lat[1]	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową, a także nowotworów) leczona zachowawczo	790 zł	1 530 zł	2 350 zł
352	5 lat[1]	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 060 zł	2 120 zł	3 200 zł
353	5 lat[1]	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	1 340 zł	2 700 zł	4 060 zł
354	5 lat[1]	Choroba napletka leczona operacyjnie	430 zł	850 zł	1 280 zł
355	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy męskich narządów płciowych leczony zachowawczo	1 420 zł	2 820 zł	4 270 zł
356	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	1 770 zł	3 560 zł	5 340 zł
357	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	3 090 zł	6 210 zł	9 420 zł
358	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	2 050 zł	4 110 zł	6 240 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
359	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	3 510 zł	7 020 zł	10 620 zł
360	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	3 110 zł	6 240 zł	9 450 zł
361	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	4 000 zł	7 990 zł	12 130 zł
ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE					
362	5 lat[1]	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłyżeczkowania leczniczego lub diagnostycznego macicy, biopsji macicy, histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka macicy	580 zł	1 180 zł	1 770 zł
363	5 lat[1]	Choroba żeńskich narządów płciowych (z wyłączeniem nowotworu jajnika, jajowodu lub macicy) leczona zachowawczo	880 zł	1 750 zł	2 670 zł
364	5 lat[1]	Choroba szyjki macicy leczona konizacją chirurgiczną/elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokauteryzacji, krioterapii, laseroterapii	1 070 zł	2 150 zł	3 260 zł
365	5 lat[1]	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	880 zł	1 770 zł	2 670 zł
366	5 lat[1]	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych, niepłodności, a także z wyłączeniem chorób szyjki macicy leczonych konizacją chirurgiczną/elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokauteryzacji, krioterapii, laseroterapii, lub histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka)	1 420 zł	2 820 zł	4 270 zł
367	5 lat[1]	Obniżenie lub wypadanie żeńskich narządów płciowych lub wysiłkowe nietrzymanie moczu leczone operacyjnie	1 970 zł	3 950 zł	6 000 zł
368	5 lat[1]	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	880 zł	1 790 zł	2 700 zł
369	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	2 240 zł	4 470 zł	6 770 zł
370	5 lat[3]	Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 880 zł	3 760 zł	5 710 zł
371	5 lat[3]	Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	2 250 zł	4 500 zł	6 850 zł
372	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	2 500 zł	5 010 zł	7 570 zł
373	5 lat[3]	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	3 300 zł	6 580 zł	9 990 zł
374	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	1 750 zł	3 530 zł	5 340 zł
375	5 lat[1]	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie	1 900 zł	3 810 zł	5 760 zł
376	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	2 520 zł	5 060 zł	7 680 zł
377	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 920 zł	5 890 zł	8 900 zł
378	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	3 170 zł	6 360 zł	9 630 zł
379	5 lat[1]	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	4 000 zł	7 990 zł	12 130 zł
HEMATOLOGIA					
380	5 lat[1]	Niedokrwistość leczona przetoczeniem krwi (z wyłączeniem leczenia związanego z porodem lub połogiem lub skutków leczenia operacyjnego, a także skutków leczenia urazu) lub zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem chemio- i/lub radioterapii)	1 070 zł	2 150 zł	3 260 zł
381	5 lat[1]	Choroba hematologiczna leczona operacyjnie usunięciem śledziony	2 920 zł	5 890 zł	8 900 zł
382	5 lat[1]	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone zachowawczo	3 900 zł	7 760 zł	11 760 zł
383	5 lat[1]	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone autologicznym lub izogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku (w tym także komórek macierzystych wyizolowanych z krwi obwodowej)	16 490 zł	32 980 zł	49 960 zł
384	5 lat[1]	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku	18 840 zł	37 680 zł	57 100 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
TRAUMATOLOGIA					
385	–	Uraz wielonarządowy lub uraz wielomiejscowy narządu ruchu wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	2 650 zł	5 280 zł	8 020 zł
386	–	Złamania kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone zachowawczo	850 zł	1 710 zł	2 560 zł
387	–	Złamania kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone operacyjnie	2 050 zł	4 110 zł	6 240 zł
388	–	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony zachowawczo	5 890 zł	11 760 zł	17 840 zł
389	–	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony operacyjnie	7 060 zł	14 120 zł	21 410 zł
390	–	Uraz głowy ze wstrząśnieniem mózgu leczony zachowawczo	1 180 zł	2 350 zł	3 560 zł
391	–	Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony zachowawczo (w tym z zastosowaniem tamponady)	650 zł	1 320 zł	2 000 zł
392	–	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	830 zł	1 670 zł	2 500 zł
393	–	Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony operacyjnie	930 zł	1 890 zł	2 860 zł
394	–	Złamanie kości twarzoczaszki bez złamania oczodołu leczone operacyjnie	1 910 zł	3 820 zł	5 780 zł
395	–	Złamanie kości twarzoczaszki ze złamaniem oczodołu leczone operacyjnie	4 850 zł	9 700 zł	14 700 zł
396	–	Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony zachowawczo	1 040 zł	2 050 zł	3 110 zł
397	–	Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony operacyjnie	1 420 zł	2 860 zł	4 270 zł
398	–	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	2 350 zł	4 700 zł	7 130 zł
399	–	Uraz gardła lub krtani leczony zachowawczo	700 zł	1 420 zł	2 140 zł
400	–	Uraz gardła lub krtani leczony operacyjnie	1 610 zł	3 180 zł	4 820 zł
401	–	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub krwiakiem opłucnej albo odmą opłucnej ze złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo lub drenażem opłucnej	2 350 zł	4 700 zł	7 130 zł
402	–	Uraz narządów klatki piersiowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu klatki piersiowej leczonego wyłącznie drenażem chirurgicznym opłucnej)	2 820 zł	5 640 zł	8 570 zł
403	–	Uraz narządów jamy brzusznej lub układu moczowo-płciowego leczony zachowawczo	1 610 zł	3 180 zł	4 820 zł
404	–	Uraz narządów jamy brzusznej (z wyłączeniem urazu narządów układu moczowo-płciowego) leczony operacyjnie	2 650 zł	5 280 zł	8 020 zł
405	–	Uraz narządów układu moczowo-płciowego leczony operacyjnie	3 110 zł	6 240 zł	9 450 zł
406	–	Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie	580 zł	1 180 zł	1 770 zł
407	–	Rozległe oparzenie skóry (obejmujące co najmniej 10 % TBSA) leczone zachowawczo	1 610 zł	3 180 zł	4 820 zł
408	–	Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny górnej wywołane urazem leczone operacyjnie	3 140 zł	6 270 zł	9 480 zł
409	–	Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny dolnej wywołane urazem leczone operacyjnie	3 140 zł	6 270 zł	9 480 zł
410	–	Rozległy ubytek lub martwica skóry tułowia, szyi lub owłosionej skóry głowy wywołane urazem leczone operacyjnie	2 470 zł	4 900 zł	7 370 zł
411	–	Rozległy ubytek lub martwica skóry twarzy wywołane urazem leczone operacyjnie	6 560 zł	13 100 zł	19 860 zł
CHOROBY UKŁADOWE LUB OGÓLNOUSTROJOWE					
412	5 lat[1]	Reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń układowy, twardzina układowa, zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, zapalenie naczyń z martwicą leczone zachowawczo	2 120 zł	4 220 zł	6 420 zł
413	5 lat[1]	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia układowego, twardziny układowej, zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, zapalenia naczyń z martwicą)	1 280 zł	2 540 zł	3 840 zł
414	5 lat[1]	Zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo z wyłączeniem zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczonego zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego	1 500 zł	3 020 zł	4 570 zł
415	5 lat[1]	Choroba infekcyjna ośrodkowego układu nerwowego (z wyłączeniem neuroboreliozy), zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego	4 220 zł	8 460 zł	12 840 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
416	5 lat[1]	Choroba zakaźna leczona zachowawczo (z wyłączeniem zapalenia gardła, krtani, ucha lub tkanek oczodołu, półpaśca ocznego, chorób przenoszonych drogą płciową, zakażenia układu moczowego, układu kostnego, stawów lub tkanek okołostawowych, zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, choroby infekcyjnej ośrodkowego układu nerwowego leczonej zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego, zatrucia lub zakażenia pokarmowego lub chorób zapalnych płuc lub oskrzeli)	1 390 zł	2 810 zł	4 270 zł
417	5 lat[1]	Wstrząs septyczny leczony zachowawczo	2 120 zł	4 220 zł	6 420 zł
418	5 lat[1]	Otyłość leczona metodami endoskopowymi (z wyłączeniem leczenia zachowawczego, leczenia operacyjnego metodą otwartą, leczenia laparoskopowego lub liposukcji)	820 zł	1 640 zł	2 490 zł
419	5 lat[1]	Otyłość leczona operacyjnie metodą otwartą lub laparoskopowo	1 130 zł	2 280 zł	3 420 zł

Część II. Inne Postępowania Medyczne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
420	5 lat[1]	Inne Postępowanie Medyczne	700 zł	1 420 zł	2 140 zł

Część III. Postępowania Medyczne SOR

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
421	12 miesięcy[1]	Postępowanie Medyczne SOR	150 zł	210 zł	280 zł

Część IV. Postępowania Medyczne Ambulatoryjne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
422	12 miesięcy[1]	Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne	430 zł	850 zł	1 280 zł

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

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Poziom Świadczeń		
		I	II	III
423	Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio-, hormono- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym Głównym Postępowaniem Medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	850 zł	1 710 zł	2 560 zł
424	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca/ zawałem serca/ operacją serca/ udarem mózgu, przeprowadzone w sanatorium/ szpitalu uzdrowiskowym/ stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia Pobytu w Szpitalu, podczas którego zastosowano Główne Postępowanie Medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	1 420 zł	2 860 zł	4 270 zł
425	Główne Postępowanie Medyczne przeprowadzone na rzecz Ubezpieczonego, który w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu, w czasie którego zastosowano to Postępowanie Medyczne, nie ukończył 18. roku życia	75 zł	150 zł	210 zł
		za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, ale łącznie nie więcej niż:		
		360 zł	700 zł	1 060 zł

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

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Świadczenie Lekowe
426	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, z wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	850 zł
427	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym lub zabiegowym, z wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	430 zł
428	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	7 130 zł
429	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego, a następnie zastosowanie zalecanych przez lekarza specjalistę onkologa: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, o ile na dzień zastosowania: – znajdowały się w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub stanowiły produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pozwolenia wydanego przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską oraz – nie zaliczały się do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – niezależnie od tego, czy Ubezpieczony miał prawo do korzystania z tych świadczeń.	14 280 zł

Część VII. Limity Wypłat

Limit Wypłat	Poziom Świadczeń		
	I	II	III
Jeśli ubezpieczenie nie obejmuje opcji Świadczenia Lekowego	39 960 zł	79 940 zł	119 900 zł
Jeśli ubezpieczenie obejmuje opcję Świadczenia Lekowego	47 110 zł	94 210 zł	142 740 zł

[1] Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach.
[2] Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach, przy czym:
– okres [5] lat odnosi się do Postępowań Medycznych, które dotyczą tej samej struktury wielokrotnie występującej,
– okres [18] miesięcy odnosi się do Postępowań Medycznych, które dotyczą takiej samej struktury, anatomicznie inaczej położonej.
[3] Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach, i jest liczony odrębnie dla lewego i prawego narządu położonego symetrycznie.
[4] Ubezpieczenie nie obejmuje Głównego Postępowania Medycznego związanego z chorobą zwyrodnieniową stawu leczoną endoprotezoplastyką, jeśli Pobyt w Szpitalu, który wiąże się z tym postępowaniem, rozpoczyna się w pierwszych [24] miesiącach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej.

Dokument został zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 101/2026 i obowiązuje od 20 września 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Pobyt w szpitalu

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Wypłacimy Ci pieniądze już za 1 dzień pobytu w szpitalu, który jest konsekwencją wypadku, oraz już za 3 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu, który ma związek z chorobą.
- **Po pobycie w szpitalu możesz skorzystać ze świadczenia Twoje Leki, tj. m.in. z pokrycia kosztów zakupu leków na receptę do 2000 zł oraz innych produktów dostępnych w aptece do 200 zł** w wybrany sposób:
  - możesz podać w aptece Identyfikator Lekowy lub
  - możesz samodzielnie kupić lek na receptę lub inny produkt, a następnie złożyć do nas wniosek o zwrot kosztów.

Warto wiedzieć

- Wypłata za dzień pobytu w szpitalu to nawet **500 zł** (wysokość wypłaty zależy od wybranego Dziennego Świadczenia Szpitalnego).
- Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – nawet za **180 dni pobytu** w szpitalu w ciągu roku.
- Wypłacimy Ci świadczenie rekonwalescencyjne za pobyt w szpitalu, który trwał nieprzerwanie 14 dni.
- Więcej szczegółów o świadczeniu Twoje Leki znajdziesz na https://twojeleki.allianz.pl

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU (PS/TZ/5/2026)

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

ZYTZTZIPS-O05 07/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU (PS/TZ/5/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej** dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Apteka** – apteka ogólnodostępna albo punkt apteczny, które działają na terenie Polski i w których uprawnione osoby realizują recepty oraz wydają inne produkty dostępne w Aptece
3. **Centrum Operacyjne** – AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. +48 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) – podmiot, za pośrednictwem którego zapewniamy realizację świadczenia Twoje Leki
4. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która:
   a) prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu, chyba że zgodnie z dokumentacją medyczną występuje zagrożenie poronieniem, poronienie, zagrożenie porodem przedwczesnym, ciąża pozamaciczna, zagrożenie życia osoby, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową, lub zagrożenie życia dziecka;
   b) występuje w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
5. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
6. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
7. **Dzienne Świadczenie Szpitalne** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe za jeden Dzień Pobytu w Szpitalu; Dzienne Świadczenie Szpitalne wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
8. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia przyjęcia do dnia wypisu
9. **Identyfikator Lekowy** – kod kreskowy (numeryczny kod identyfikacyjny), który służy do korzystania ze świadczenia Twoje Leki
10. **Lek na Receptę** – gotowy produkt leczniczy, który:
    a) przepisuje Ubezpieczonemu osoba uprawniona do wystawienia recepty, w celu zapobiegania, diagnozowania, leczenia lub łagodzenia objawów Choroby lub skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
    b) jest wydawany tylko na receptę,
    c) został wpisany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Polski,
    d) posiada ważne pozwolenie wydane przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską.

    Recepta na taki lek jest ważna także dla jego zamiennika o tych samych składnikach aktywnych, mocy i dawkowaniu.
    Ubezpieczenie nie obejmuje świadczenia na pokrycie kosztów Leków na Receptę w przypadku wystawienia recepty przez lekarza weterynarii lub farmaceutę
11. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
    a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
    b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
    c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
12. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu.
    Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu: w ambulatorium, na oddziale rehabilitacyjnym, ratunkowym, w ośrodku opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym lub wypoczynkowym, w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szpitalu uzdrowiskowym ani w szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym
13. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
14. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
    a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
    b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski

    Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
15. **Świadczenie Rekonwalescencyjne** – równowartość pięciu Dziennych Świadczeń Szpitalnych, którą wypłacamy za Pobyt w Szpitalu, który trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni
16. **Twoje Leki** – świadczenie na pokrycie kosztów:
    a) Leków na Receptę oraz
    b) innych produktów dostępnych w Aptece,

    które zostały poniesione przez Ubezpieczonego w ciągu 90 dni od dnia wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala.
    Leki na Receptę oraz inne produkty dostępne w Aptece muszą być związane z leczeniem przeprowadzonym w czasie Pobytu w Szpitalu.
    W ramach tego świadczenia Ubezpieczony może także korzystać z infolinii medycznej (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).
    Świadczenie Twoje Leki jest realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego i z uwzględnieniem obowiązujących limitów
17. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
    a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 66 lat i
    b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
18. **Wada Wrodzona Dziecka** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
19. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
20. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:

a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
h) sporty walki;
i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
j) zorbing

21. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
a) wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego, oraz
b) wypłatę Świadczenia Rekonwalescencyjnego,
c) realizację świadczenia Twoje Leki.
3. Dzienne Świadczenie Szpitalne wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Pobytu w Szpitalu w celu leczenia:
a) Choroby – jeżeli pobyt trwa nieprzerwanie 3 dni lub
b) następstw Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstw wypadków, którym Ubezpieczony uległ w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu – jeżeli pobyt trwał co najmniej 1 dzień.
4. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 180 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Jeżeli Pobyt w Szpitalu trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni, to wypłacamy Ubezpieczonemu także Świadczenie Rekonwalescencyjne. Z tytułu tego samego Pobytu w Szpitalu wypłacamy wyłącznie jedno takie świadczenie.
6. Jeśli wypłacamy Ubezpieczonemu Dzienne Świadczenie Szpitalne, to ubezpieczenie obejmuje także realizację świadczenia Twoje Leki, w tym pokrycie kosztów:
a) Leków na Receptę – do 2000 zł oraz
b) innych produktów dostępnych w Aptece – do 200 zł.
Limity te odnoszą się do jednego Pobytu w Szpitalu.
7. Recepta dla Ubezpieczonego w ramach świadczenia Twoje Leki, musi być wystawiona:
a) przez osobę uprawnioną do wystawienia recepty (z wyłączeniem lekarza weterynarii oraz farmaceuty),
b) w ciągu 90 dni od wypisu ze Szpitala
oraz musi zostać zrealizowana w tym okresie. Dzień wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala jest pierwszym dniem tego 90-dniowego okresu. Koszty innych produktów dostępnych w Aptece muszą zostać poniesione również w tym okresie.
8. Ze świadczenia Twoje Leki Ubezpieczony może skorzystać maksymalnie 3 razy w ramach jednej Umowy Dodatkowej.
9. W ramach infolinii medycznej Centrum Operacyjne zapewnia Ubezpieczonemu nielimitowany dostęp do informacji, które dotyczą:
a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
b) diet, metod zdrowego żywienia,
c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.
10. Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje Pobyt w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz realizację świadczenia Twoje Leki tylko po takim Pobycie w Szpitalu.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 72 lata lub więcej.
3. Możemy przedstawić Ci propozycję zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez świadczenia Twoje Leki w przypadku rozwiązania zawartej pomiędzy nami a Centrum Operacyjnym umowy, która reguluje warunki świadczenia usługi Twoje Leki.
W takim przypadku najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia przekażemy Ci propozycję zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez świadczenia Twoje Leki.
Jeśli dochodzi do zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez świadczenia Twoje Leki, a nie zakończył się 90-dniowy okres od wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala, to Centrum Operacyjne realizuje świadczenie Twoje Leki do końca tego 90-dniowego okresu.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

b) Dziennego Świadczenia Szpitalnego oraz limitów, które obowiązują dla świadczenia Twoje Leki,
c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

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

1. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa:
a) co najmniej jeden dzień lub dłużej – w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku lub
b) nieprzerwanie 4 dni lub dłużej – w celu leczenia Choroby,
to wypłacamy Ubezpieczonemu Dzienne Świadczenie za każdy dzień takiego pobytu, ale nie więcej niż za 180 dni.
2. Do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dzienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązuje w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu, z wyłączeniem sytuacji, w której podwyższyliśmy Dzienne Świadczenie Szpitalne na Twój wniosek, a następnie w ciągu 90 dni od tej zmiany Ubezpieczony rozpoczął Pobyt w Szpitalu w celu leczenia Choroby. W takiej sytuacji do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dzienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązywało przed podwyższeniem.
3. Jeżeli Pobyt w Szpitalu trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni, to wypłacamy Ubezpieczonemu także Świadczenie Rekonwalescencyjne.
4. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, to Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę za pierwsze 30 dni tego pobytu.
5. Jeśli Ubezpieczony korzysta ze świadczenia Twoje Leki dokonując samodzielnie płatności w formie dostępnej w danej Aptece, to wypłacamy mu świadczenie, które jest równowartością poniesionych kosztów, z uwzględnieniem obowiązujących limitów.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA I SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA TWOJE LEKI

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu oraz umożliwić skorzystanie ze świadczenia Twoje Leki, potrzebujemy zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu i chęci skorzystania ze świadczenia Twoje Leki oraz:
a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
c) dokumentów, które potwierdzają Pobyt w Szpitalu, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
d) w wyjątkowych sytuacjach możemy poprosić o: historię Choroby, wyniki badań, dokumentację medyczną dotyczącą diagnozowania i leczenia Choroby lub następstw Nieszczęśliwego Wypadku, których leczenie było przyczyną Pobytu w Szpitalu.
2. Ze świadczenia Twoje Leki Ubezpieczony może skorzystać dokonując samodzielnie płatności w formie dostępnej w danej Aptece albo wykorzystując Identyfikator Lekowy.
3. Informację o tym, w jakiej formie dana Apteka realizuje świadczenie Ubezpieczony może znaleźć w aplikacji na https://twojeleki.allianz.pl lub uzyskać dzwoniąc na infolinię medyczną (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).
4. Informacje na temat limitów oraz okresu dostępności świadczenia Twoje Leki, które pozostają do wykorzystania są dostępne w aplikacji na https://twojeleki.allianz.pl. Ubezpieczony może je również uzyskać dzwoniąc na infolinię medyczną (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).
5. W przypadku, gdy Ubezpieczony dokonuje płatności samodzielnie:
a) może dokonać zakupu w dowolnej Aptece w Polsce,
b) do zakupu Leków na Receptę potrzebuje recepty lub kodu odbioru e-recepty,
c) płaci za zakupy własnymi środkami, a następnie składa do nas wniosek o wypłatę świadczenia wraz z:
– kopią lub zdjęciem paragonu albo faktury za kupione Leki na Receptę oraz inne produkty dostępne w Aptece,
– w przypadku Leków na Receptę – dołącza także kopię, zdjęcie lub skan wydruku informacyjnego recepty.
Wniosek o wypłatę świadczenia można złożyć także przez aplikację https://twojeleki.allianz.pl.
Świadczenie jest równowartością poniesionych kosztów, z uwzględnieniem obowiązujących limitów.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczony wykorzystuje Identyfikator Lekowy:
a) może dokonać zakupu tylko w Aptece, która realizuje świadczenie w takiej formie – informacje o Aptekach, które realizują świadczenie Twoje Leki z wykorzystaniem Identyfikatora Lekowego są dostępne w aplikacji https://twojeleki.allianz.pl, można je też uzyskać dzwoniąc na infolinię medyczną (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora);
b) do zakupu Leków na Receptę Ubezpieczony potrzebuje:
– recepty lub kodu odbioru e-recepty oraz
– Identyfikatora Lekowego;
c) do zakupu innego produktu dostępnego w Aptece Ubezpieczony potrzebuje Identyfikatora Lekowego;
d) Identyfikator Lekowy Ubezpieczony pokazuje pracownikowi Apteki na ekranie telefonu lub na wydruku.
Jeśli koszt mieści się w limicie, który Ubezpieczony ma do wykorzystania, to koszt ten jest pokrywany w całości. Jeśli koszt jest wyższy niż dostępny limit, to Ubezpieczony dopłaca brakującą kwotę zgodnie z formami płatności dostępnymi w danej Aptece.
7. Identyfikator Lekowy przesyłamy Ubezpieczonemu w ciągu 1 dnia roboczego po przyznaniu świadczenia Twoje Leki:
a) na adres poczty elektronicznej wskazany przez Ubezpieczonego lub
b) numer telefonu Ubezpieczonego lub
c) listownie.
Identyfikator Lekowy jest dostępny w aplikacji https://twojeleki.allianz.pl.
Dzień roboczy to dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
8. Identyfikator Lekowy nie jest elektronicznym instrumentem płatniczym, instrumentem pieniądza elektronicznego ani kartą płatniczą. Ubezpieczony nie może wymienić go na pieniądze.
9. Jeśli część lub całość kosztów zakupu Leku na Receptę lub innego produktu dostępnego w Aptece, jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), to podstawą do obliczenia świadczenia jest koszt faktycznie poniesiony przez Ubezpieczonego.
10. Reklamacje Leku na Receptę lub produktu leczniczego wydawanego bez recepty z powodu wady jakościowej lub niewłaściwego ich wydania rozpatruje Apteka zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności prawa farmaceutycznego. Jeśli Apteka uwzględni reklamację, a Lek na Receptę lub produkt leczniczy wydawany bez recepty był kupiony przy użyciu Identyfikatora Lekowego, jego zwrócony koszt zwiększy limit świadczenia Twoje Leki. Ubezpieczony może go ponownie wykorzystać.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZENIA TWOJE LEKI

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczenia Twoje Leki także wtedy, gdy Pobyt w Szpitalu nastąpił:
a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką Dziecko pozostaje,
c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
d) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
f) w związku z Wadą Wrodzoną Dziecka,
g) w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
h) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
i) w związku z zabiegiem operacyjnym cięcia cesarskiego, o ile konieczność przeprowadzenia zabiegu nie była spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem,
j) w związku z diagnozowaniem i leczeniem niepłodności,

k) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
l) 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,
m) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

2. Poza okolicznościami wskazanymi powyżej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie realizujemy świadczenia Twoje Leki także wtedy, gdy Pobyt w Szpitalu nastąpił w związku z poddaniem się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych uprawnionych do tego osób.
3. Poza okolicznościami wskazanymi powyżej nie ponosimy odpowiedzialności i nie realizujemy świadczenia Twoje Leki, 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:
   a) chorobą zakaźną, z powodu której ogłoszono epidemię lub pandemię,
   b) zakaźnymi czynnikami biologicznymi,
   c) czynnikami chemicznymi (w tym gazami bojowymi),
   d) czynnikami obezwładniającymi,
   e) czynnikami radioaktywnymi,
   f) czynnikami neurotoksycznymi.
4. Nie realizujemy świadczenia Twoje Leki, gdy nie można zweryfikować wydatków na podstawie dokumentów dostarczonych przez Ubezpieczonego.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 104/2026 i obowiązują od 20 września 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów”

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak skorzystać ze specjalistycznej porady lub zrobić badanie diagnostyczne?

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

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW" (PMED/TZ/5/2025)

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

ZYTZTZIPMED-O07 02/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW" (PMED/TZ/5/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi:
   a) rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku,
   b) trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny
5. **Partner** – osoba, z którą Ubezpieczony prowadzi z wspólne gospodarstwo domowe
6. **Placówka Medyczna** – podmiot leczniczy lub lekarz świadczący Usługi Medyczne, który współpracuje z nami w zakresie realizacji Usług Medycznych
7. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
8. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwoty, które wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia, odrębnie dla Niezdolności do Pracy i dla śmierci Ubezpieczonego i które wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku wystąpienia danego zdarzenia; kwoty te nie podlegają indeksacji
9. **Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Dodatkowej i która w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat. Ubezpieczonym może być:
   a) w wersji indywidualnej – Ubezpieczony Główny lub pełnoletni Ubezpieczony w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie,
   b) w wersji rodzinnej – Ubezpieczony Główny lub pełnoletni Ubezpieczony w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie wraz z następującymi osobami, które zostały wskazane we Wniosku:
      - ich małżonkami albo Partnerami lub
      - własnymi albo przysposobionymi dziećmi tych osób, o ile pozostają albo do uzyskania pełnoletności pozostawały pod ich władzą rodzicielską
10. **Usługi Medyczne** – działania, których celem jest przywrócenie zdrowia Ubezpieczonego, zapobieganie chorobom, ich wczesne wykrywanie oraz leczenie. Działania te obejmują uzasadnione z medycznego punktu widzenia: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz zabiegi ambulatoryjne
11. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
12. **Wariant Ubezpieczenia** – zakres Usług Medycznych, które udostępniamy Ubezpieczonemu w Umowie Dodatkowej
13. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
14. **Wykaz Usług Medycznych** – dokument, który zawiera listę Usług Medycznych objętych ubezpieczeniem w poszczególnych Wariantach Ubezpieczenia
15. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
16. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Zgodnie z Twoim Wnioskiem ochroną ubezpieczeniową obejmujemy:
   a) życie i zdrowie jednego Ubezpieczonego (wersja indywidualna) albo
   b) życie i zdrowie wielu Ubezpieczonych (wersja rodzinna).
2. Ubezpieczenie obejmuje:
   a) korzystanie przez Ubezpieczonego z Usług Medycznych w Placówkach Medycznych – zgodnie z Wariantem Ubezpieczenia, który wybierasz,
   b) Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku pełnoletniego Ubezpieczonego,
   c) śmierć Ubezpieczonego,

także wtedy, gdy występują w związku z Rekreacyjnym Uprawianiem Sportu.
3. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. W razie śmierci Ubezpieczonego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Ubezpieczony może korzystać z Usług Medycznych w okresie, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
6. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do Usług Medycznych z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznawiamy dostęp do Usług Medycznych.
7. W tym samym czasie możemy obejmować Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednej Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, następującego po Miesiącu Polisowym, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie zawieramy z Tobą nowej Umowy Dodatkowej dla tego samego Ubezpieczonego w ciągu 6 miesięcy od rozwiązania poprzedniej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

ART. 6 JAK SKORZYSTAĆ Z USŁUGI MEDYCZNEJ

1. Ubezpieczony, aby skorzystać z Usługi Medycznej w ramach swojego Wariantu Ubezpieczenia:
   a) uzgadnia termin z wybraną Placówką Medyczną: telefonicznie, osobiście albo online za pośrednictwem portalu pacjenta,
   b) stosuje się do otrzymanych zaleceń i wskazówek,
   c) zgłasza się do Placówki Medycznej w uzgodnionym terminie, z ważnym dokumentem tożsamości,
   d) korzysta z badań diagnostycznych oraz zabiegów ambulatoryjnych na podstawie zlecenia lekarza z Placówki Medycznej.

   Placówka Medyczna może odmówić realizacji Usługi Medycznej, jeśli Ubezpieczony nie stosuje się do tych zasad.
2. Możemy zmienić Listę Placówek Medycznych z ważnych przyczyn, które leżą po stronie dostawcy Usług Medycznych, w tym: zaprzestanie albo rozpoczęcie świadczenia Usług Medycznych przez Placówkę Medyczną. Taka zmiana nie stanowi zmiany Umowy Dodatkowej.
3. Aktualną listę Placówek Medycznych udostępniamy na naszej stronie internetowej.
4. Wariant ubezpieczenia możesz zmienić raz w Roku Ubezpieczenia i nie wcześniej niż w drugim Roku Ubezpieczenia.
5. Wersję ubezpieczenia możesz zmienić w dowolnym czasie.

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

1. W razie Niezdolności do Pracy danego Ubezpieczonego wypłacamy mu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, którą wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. W razie śmierci danego Ubezpieczonego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, którą wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Pieniądze wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego zgodnie z OWU albo Ogólnymi warunkami umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, chyba że Ubezpieczony wskazał inne osoby. W przypadku pozostałych Ubezpieczonych pieniądze wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców danego Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy:
a) zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:
   - wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
   - kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
   - dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego,

b) zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci. Jeśli nie jest możliwe dostarczenie nam tych dokumentów, to prosimy o inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.
   Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.

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

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła:
   a) w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej,
   b) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków.
2. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:
   a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
   b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego,
   c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
   d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
   e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,

f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
g) w wyniku udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, stosowania metod leczenia nieznanych naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej,
h) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
i) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

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

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

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 132/2025 i obowiązują od 20 września 2025 r.

WYKAZ USŁUG MEDYCZNYCH DO UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW" (WUM/TZ/5/2025)

Usługi medyczne są realizowane w przychodniach LUX MED i Medycyny Rodzinnej oraz we wskazanych przychodniach placówek współpracujących.
Aktualna lista placówek medycznych znajduje się na naszej stronie: www.allianz.pl. Informację o placówkach medycznych można również uzyskać na naszej infolinii (pod numerem tel. 224 224 224).

Na wizytę u lekarza, badania, zabiegi i inne usługi medyczne można umawiać się, dzwoniąc pod numer telefonu 22 33 22 888.
W celu skorzystania z Koordynacji Opieki Szpitalnej należy dzwonić pod numer telefonu 22 434 00 24

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

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
Specjaliści dla dzieci, do których jest wymagane skierowanie		
12. Dermatolog dla dzieci 13. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.)	28. Dermatolog dla dzieci 29. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.) 30. Gastroenterolog dla dzieci 31. Kardiolog dla dzieci 32. Nefrolog dla dzieci 33. Urolog dla dzieci	37. Dermatolog dla dzieci 38. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.) 39. Gastroenterolog dla dzieci 40. Kardiolog dla dzieci 41. Nefrolog dla dzieci 42. Urolog dla dzieci 43. Alergolog dla dzieci 44. Endokrynolog dla dzieci 45. Hematolog dla dzieci 46. Onkolog dla dzieci 47. Pulmonolog dla dzieci 48. Reumatolog dla dzieci 49. Specjalista rehabilitacji medycznej dla dzieci
II. PORADY W TRYBIE DYŻUROWYM		
Usługa obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, zaostrzeniu choroby przewlekłej, które wystąpiły w ciągu 24 h od momentu przyjęcia zgłoszenia konsultacji. Lekarze dyżurni są dostępni w godzinach pracy wskazanych przychodni własnych Grupy LUX MED, wyłącznie w dniu jej zgłoszenia. Usługa nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.). Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej.		
1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej	1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej 2. Chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.)	1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej 2. Chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.) 3. Ortopeda (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.)
III. ZABIEGI AMBULATORYJNE		
Usługi obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi, w tym: diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych zależy od zakresu konsultacji lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach posiadanego zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w wyznaczonej przychodni. Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów, od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.		
A. ZABIEGI AMBULATORYJNE PIELĘGNIARSKIE		
1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały	1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały	1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały
B. ZABIEGI AMBULATORYJNE OGÓLNOLEKARSKIE		
11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

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

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

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

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

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
3) Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
32. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 33. HBs Ag/antygen	96. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 97. HBs Ag/antygen 98. HBs Ab/przeciwciała 99. ASO ilościowo 100. ASO jakościowo 101. RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo 102. Odczyn Waaler-Rose 103. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 104. P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /–/) 105. Test BTA 106. CMV IgG 107. CMV IgM 108. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 109. EBV /Mononukleoza – lateks 110. EBV /Mononukleoza IgG 111. EBV /Mononukleoza IgM 112. Toksoplazmoza IgG 113. Toksoplazmoza IgM	123. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 124. HBs Ag/antygen 125. HBs Ab/przeciwciała 126. ASO ilościowo 127. ASO jakościowo 128. RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo 129. Odczyn Waaler-Rose 130. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 131. P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /–/) 132. Test BTA 133. CMV IgG 134. CMV IgM 135. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 136. EBV /Mononukleoza – lateks 137. EBV /Mononukleoza IgG 138. EBV /Mononukleoza IgM 139. Toksoplazmoza IgG 140. Toksoplazmoza IgM 141. Przeciwciała a-mikrosomalne/Anty TPO 142. Przeciwciała a-tyreoglobulinowe/Anty TG 143. HCV Ab/przeciwciała 144. Helicobacter Pylori IgG ilościowo 145. Różyczka IgG 146. Różyczka IgM 147. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgA 148. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgG 149. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgM 150. HBc Ab IgM 151. HBc Ab total 152. Borelioza IgG 153. Borelioza IgM 154. Latex RF (RF jakościowo) 155. Przeciwciała p/jądrowe i p/cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy metodą IIF
4) Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
34. Cholesterol – badanie paskowe 35. Glukoza – badanie glukometrem 36. Troponina – badanie paskowe	114. Cholesterol – badanie paskowe 115. Glukoza – badanie glukometrem 116. Troponina – badanie paskowe 117. CRP – test paskowy	156. Cholesterol – badanie paskowe 157. Glukoza – badanie glukometrem 158. Troponina – badanie paskowe 159. CRP – test paskowy
c) Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej) i inne		
37. Posiew moczu 38. Kał posiew ogólny 39. Antybiogram do posiewu (mocz, kał)	118. Posiew moczu 119. Kał posiew ogólny 120. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 121. Kał posiew w kierunku SS 122. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 123. Antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i plwociny 124. Wymaz z gardła – posiew tlenowy 125. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 126. Wymaz z migdałka 127. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 128. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 129. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 130. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 131. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 132. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 133. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 134. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 135. Wymaz z kanału szyjki macicy 136. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 137. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 138. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS)	160. Posiew moczu 161. Posiew kału 162. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 163. Kał posiew w kierunku SS 164. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 165. Antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i plwociny 166. Wymaz z gardła – posiew tlenowy 167. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 168. Wymaz z migdałka 169. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 170. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 171. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 172. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 173. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 174. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 175. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 176. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 177. Wymaz z kanału szyjki macicy 178. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 179. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 180. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS) 181. Wymaz z ucha – posiew beztlenowy 182. Wymaz z ucha – posiew tlenowy 183. Wymaz z nosa 184. Wymaz z nosa – posiew tlenowy 185. Wymaz z oka – posiew tlenowy 186. Wymaz z rany 187. Wymaz z rany – posiew beztlenowy 188. Wymaz z cewki moczowej 189. Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy 190. Posiew plwociny 191. Posiew nasienia tlenowy 192. Kał posiew w kierunku E. Coli patogenne u dzieci do lat 2 193. Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica

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

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

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

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

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

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

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
	18. Toksoplazmoza IgG 19. Toksoplazmoza IgM 20. Total Beta-hCG 21. Wymaz z odbytu posiew w kierunku paciorkowca hem. z gr. B (GBS) 22. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 23. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 24. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 25. USG ciąży 26. USG ciąży transwaginalne 27. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 28. USG ginekologiczne transwaginalne	18. Toksoplazmoza IgG 19. Toksoplazmoza IgM 20. Total Beta-hCG 21. Wymaz z odbytu posiew w kierunku paciorkowca hem. z gr. B (GBS) 22. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 23. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 24. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 25. USG ciąży 26. USG ciąży transwaginalne 27. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 28. USG ginekologiczne transwaginalne
VII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA – WARIANT DLA KOBIET		
Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć Ubezpieczonego, obejmujący zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 roku życia. Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami). Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której Ubezpieczeni uzyskują zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia. Program realizowany we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Aby umówić się na realizację programu, należy zgłosić ten fakt telefonicznie, dzwoniąc pod numer Call Center Grupy LUX MED 22 33 22 880.		
A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE		
	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja ginekologiczna 3. Konsultacja okulistyczna	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja ginekologiczna 3. Konsultacja okulistyczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową
B. BADANIA LABORATORYJNE		
	4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. Glukoza na czczo 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwciała	6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. Glukoza na czczo 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwciała 14. Transaminaza GPT/ALT 15. Transaminaza GOT/AST 16. Kreatynina 17. Kwas moczowy 18. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 19. T3 Wolne 20. T4 Wolne 21. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE (Badanie standardowe – badanie powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski)		
	12. Standardowa cytologia szyjki macicy 13. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne 14. Mammografia po 40 r.ż. 15. RTG klatki piersiowej PA 16. Badanie EKG – spoczynkowe 17. USG piersi – kobiety do 40 r.ż. 18. USG jamy brzusznej	22. Standardowa cytologia szyjki macicy 23. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne 24. Mammografia po 40 r.ż. 25. RTG klatki piersiowej PA 26. Badanie EKG – spoczynkowe 27. USG piersi – kobiety do 40 r.ż. 28. USG jamy brzusznej 29. USG tarczycy 30. Echokardiografia – USG serca
D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD		
	19. Konsultacja internistyczna	31. Konsultacja internistyczna
VIII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA – WARIANT DLA MĘŻCZYZN		
Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć Ubezpieczonego, obejmujący zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 roku życia. Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami). Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której Ubezpieczeni uzyskują zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia. Program realizowany we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Aby umówić się na realizację programu, należy zgłosić ten fakt telefonicznie, dzwoniąc pod numer Call Center Grupy LUX MED 22 33 22 880.		

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE		
	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową
B. BADANIA LABORATORYJNE		
	4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA) 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwciała 12. Glukoza na czczo	6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwciała 14. Glukoza na czczo 15. Transaminaza GPT/ALT 16. Transaminaza GOT/AST 17. Kreatynina 18. Kwas moczowy 19. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 20. T3 Wolne 21. T4 Wolne 22. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
	13. RTG klatki piersiowej PA 14. USG jamy brzusznej 15. Badanie EKG – spoczynkowe	23. RTG klatki piersiowej PA 24. USG jamy brzusznej 25. Badanie EKG – spoczynkowe 26. USG transrektalne prostaty 27. USG tarczycy 28. USG jąder 29. Echokardiografia – USG serca
D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD		
	16. Konsultacja internistyczna	30. Konsultacja internistyczna
IX. KONSYLIUM MEDYCZNE		
Usługa obejmuje zorganizowanie dla Ubezpieczonego na terenie Polski konsylium medycznego złożonego z wybitnych przedstawicieli medycyny polskiej. Usługa dostępna wyłącznie z powodu skomplikowanych przypadków medycznych, a jej celem (o ile to możliwe) będzie ustalenie dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla Ubezpieczonego. Honoraria uczestników Konsylium pokrywa Ubezpieczony z 30% rabatem.		
		1. Konsylium medyczne
X. STOMATOLOGIA		
Usługi są wykonywane bezpłatnie we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), stomatologiczne badania rentgenowskie wykonywane na podstawie skierowania od lekarza z ww. przychodni, wynik badania sporządzany na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni.		
A. PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA WYKONYWANA WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ		
	1. Usunięcie złogów naddziąsłowych/scaling	1. Usunięcie złogów naddziąsłowych/scaling 2. Usuwanie osadu – piaskowanie zębów 3. Polerowanie zębów 4. Fluoryzacja zębów kontaktowa 5. Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową 6. Lakierowanie zębów
B. STOMATOLOGICZNE BADANIA RENTGENOWSKIE WYKONYWANE WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ		
	1. RTG zęba	1. RTG zęba 2. Pantomogram jamy ustnej (RTG)
C. DOSTĘP DO OGÓLNOPOLSKIEJ SIECI STOMATOLOGICZNEJ (Bezpłatny przegląd oraz rabaty na usługi stomatologiczne)		
Usługa realizowana w sieci przychodni Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). W ramach usługi Ubezpieczonemu przysługuje bezpłatny dostęp do następujących usług: – przegląd stomatologiczny – jednorazowo (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia), w zakres którego wchodzi ocena stanu uzębienia i higieny jamy ustnej, – okresowa konsultacja specjalistyczna (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia); konsultacja obejmuje wywiad, poradę specjalisty oraz plan leczenia bez zabiegów w zakresie stomatologii zachowawczej, periodontologii, protetyki stomatologicznej, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej oraz implantologii. Rabat udzielany od cennika ww. przychodni w wysokości: a) wybielanie zębów – rabat 20%, b) profilaktyka stomatologiczna, stomatologia zachowawcza, stomatologia estetyczna, endodoncja, chirurgia stomatologiczna – rabat 15%, c) protetyka, implantologia, periodontologia, ortodoncja – rabat 10%.		

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

Podstawowe pojęcia
Refundacja „Swoboda leczenia" (dalej refundacja) to zwrot części poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów usług zdrowotnych, zakupionych jako pojedyncze świadczenie, zgodnie z zasadami opisanymi poniżej.
Przez **placówkę leczniczą** rozumiemy jednostkę organizacyjną przedsiębiorstwa leczniczego, która jest uprawniona do świadczenia usług zdrowotnych i działa na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.
Prawo do refundacji
Ubezpieczony może skorzystać z refundacji:
– wyłącznie za usługi zdrowotne wskazane w Wykazie Usług Medycznych pkt I- VIII dla posiadanego wariantu ubezpieczenia, wykonane w placówce leczniczej w warunkach ambulatoryjnych,
– tylko w okresie posiadania dostępu do usług zdrowotnych (okres ten wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia),
– maksymalnie do wysokości kwotowego limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym oraz procentu kosztów podlegających refundacji dla posiadanego wariantu ubezpieczenia,
– po złożeniu wniosku o refundację oraz udokumentowaniu poniesionych kosztów,
– z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności wynikających z umowy ubezpieczenia.
Dokumentowanie poniesionych kosztów:
1. Ubezpieczony pokrywa koszty usługi zdrowotnej bezpośrednio w placówce leczniczej, w której ją wykonał, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej placówce oraz pobiera potwierdzenie wykonania usługi.
2. Potwierdzenie wykonania usługi powinno zawierać:
   – dane Ubezpieczonego, na rzecz którego zostały wykonane usługi zdrowotne (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku usług wykonywanych na rzecz małoletniego dziecka Ubezpieczonego potwierdzenie wykonania usługi powinno zostać wystawione na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem imienia i nazwiska dziecka,
   – wykaz wykonanych usług zdrowotnych lub szczegółowa specyfikacja wystawione przez placówkę leczniczą wykonującą te świadczenia,
   – liczbę zrealizowanych usług zdrowotnych danego rodzaju,
   – datę wykonania usługi zdrowotnej,
   – cenę jednostkową zrealizowanej usługi zdrowotnej.
3. Jeśli skierowanie na usługi medyczne nie było wystawione w placówce LUX MED, Ubezpieczony powinien dołączyć jego kopię do wniosku o refundację. W przypadku braku kopii skierowania potwierdzeniem może być również kopia dokumentacji medycznej, która zawiera odpowiednią adnotację o wystawieniu tego skierowania.
4. Refundacja nie zostanie dokonana w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie zrealizowanych usług zdrowotnych oraz osoby, na rzecz której zostało świadczenie wykonane, lub gdy zostaną przesłane do LUX MED później niż 3 miesiące od daty wykonania usługi.

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

Wypłata z tytułu refundacji
Wniosek o refundację wraz z kompletem dokumentów należy przesłać na adres:
LUX MED Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 94, 00-807 Warszawa
Z dopiskiem: Refundacja
W przypadku otrzymania tego wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej LUX MED poinformuje osobę, która złożyła wniosek o refundację, o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki w tym wniosku.
LUX MED dokona refundacji na wskazany we wniosku o refundację numer rachunku bankowego w terminie 30 dni od daty doręczenia kompletnego wniosku.
Wniosek o refundację znajdziesz na www.allianz.pl

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY

XIV. E-KONSULTACJE MEDYCZNE

Możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, tj. Portalu Pacjenta LUX MED.
Usługa obejmuje e-konsultacje medyczne w zakresie:
–interny/medycyny rodzinnej (od 18 roku życia),
–pediatrii (do 18 roku życia),
–pielęgniarstwa pediatrycznego,
–położnictwa
Z e-konsultacji medycznych mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy założą konto na Portalu Pacjenta na stronie www.portalpacjenta.luxmed.pl.
Dostępność czasowa e-konsultacji z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i jest widoczna w zakładce CZAT. Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.
Specjaliści medyczni, którzy odpowiadają na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. E-konsultacja medyczna jest udzielana wyłącznie po zalogowaniu do Portalu Pacjenta, a treść e-konsultacji jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

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

XV. KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

Usługa polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu przez Zespół Koordynatorów Opieki Szpitalnej, pomocy w zakresie skoordynowania na jego rzecz planowej Hospitalizacji, w sytuacji gdy otrzyma on skierowania do szpitala na zabieg planowany (w tym na planowany poród).
Na wyraźne oświadczenie woli Ubezpieczonego co do chęci skorzystania przez niego z jednej lub wybranych usług koordynacji hospitalizacji, Koordynator Opieki Szpitalnej udziela mu wsparcia w następującym zakresie:
– przedstawia propozycję Hospitalizacji (sugerowane placówki szpitalne, w których Ubezpieczony może skorzystać z Hospitalizacji)
– umawia pobyt Ubezpieczonego w wybranej przez niego placówce szpitalnej,
– udziela pomocy przy umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji,
– monitoruje realizację badań i konsultacji wykonywanych przez Ubezpieczonego,
– koordynuje obieg dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem,
– przekazuje informacje o bieżącym statusie realizacji szpitalnych procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym,
– umawia Ubezpieczonego na wizytę kontrolną po Hospitalizacji,
– umawia Ubezpieczonego na badania lub zabiegi rehabilitacyjne po Hospitalizacji zgodnie z zaleceniami Lekarza,
– organizuje Ubezpieczonemu Transport Medyczny, w przypadku gdy wynika on ze wskazań medycznych, zalecanych przez Lekarza.
Wskazane powyżej usługi pomocy w zakresie koordynacji opieki szpitalnej realizowane są wyłącznie w Szpitalach własnych LUX MED lub Szpitalach współpracujących z LUX MED, których aktualna lista znajduje się na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia/oferta-/koordynacja-opieki-szpitalnej-dla-klienta-indywidualnego-i-korporacyjnego.
Usługa Koordynacji Opieki Szpitalnej nie obejmuje kosztów usług zdrowotnych zorganizowanych przez Koordynatora, a zaakceptowanych przez Ubezpieczonego i wykonanych na jego rzecz w związku z Hospitalizacja – takich jak w szczególności:
– badań i konsultacji lekarskich w trakcie kwalifikacji do Hospitalizacji;
– świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu w trakcie Hospitalizacji;
– kontrolnych konsultacji lekarskich, badań kontrolnych i zabiegów rehabilitacyjnych udzielanych Ubezpieczonemu po Hospitalizacji;
– kosztów korzystania przez Ubezpieczonego z Transportu Medycznego,
do pokrycia tych kosztów zobowiązany jest Ubezpieczony z własnych środków.
Szczegółowe informacje dotyczące sposobu korzystania przez Ubezpieczonego z pomocy Koordynatora Opieki Szpitalnej oraz definicje pojęć zapisanych wielką literą znajdują się w „Regulaminie korzystania z usługi Koordynacja Opieki Szpitalnej. W Regulaminie Ubezpieczony określany jest jako Pacjent.

XVI. INNE ŚWIADCZENIA

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

Dokument został zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 133/2025 i obwiązuje od 20 września 2025 r.

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDI-ASSISTANCE NR MED/ASS/6/2026

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

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDI-ASSISTANCE NR MED/ASS/6/2026

DEFINICJE

KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)

Umowa ubezpieczenia została zawarta na rzecz Uczestników i łączy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (my) – jako Ubezpieczyciela z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. – jako Ubezpieczającym. Zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej Uczestnikom reguluje ten dokument, czyli Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance nr MED/ASS/6/2026 (dalej: OWU).

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

1. **Akt terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
2. **Choroba przewlekła** – stan chorobowy, który został zdiagnozowany u Uczestnika przed objęciem po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia i charakteryzuje się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, albo choroba, która w ciągu 12 miesięcy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia była stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub była przyczyną co najmniej 24-godzinnej Hospitalizacji
3. **Dokument uczestnictwa** – dokument, w którym potwierdzamy, że objęliśmy daną osobę ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia
4. **Hospitalizacja** – pobyt Uczestnika w Szpitalu, trwający co najmniej 72 godziny, który nastąpił na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku
5. **Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Uczestnika związane z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem
6. **Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant
7. **Miejsce zamieszkania** – adres zamieszkania Uczestnika w Polsce, który Uczestnik wskazuje przed Przystąpieniem do ubezpieczenia
8. **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy, który powstał nagle w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i zagraża życiu lub zdrowiu Uczestnika
9. **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   1) jest nagłe i nie zależy od woli Uczestnika,
   2) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez Przyczynę zewnętrzną,
   3) wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
10. **Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Uczestnik jest objęty ochroną ubezpieczeniową, na podstawie niniejszego dokumentu
11. **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, które działają na terytorium Polski na podstawie przepisów prawa, w ramach systemu publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej
12. **Przyczyna zewnętrzna** – czynnik zewnętrzny wobec organizmu, który stanowi wyłączny powód powstania obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, polegający na oddziaływaniu na organizm:
    1) energii kinetycznej, która powoduje obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
    2) energii termicznej oraz elektrycznej, które powodują obrażenia w postaci oparzeń;
    3) czynników chemicznych, które powodują obrażenia w postaci oparzeń i zatruć;
    4) czynników akustycznych, które powodują obrażenia w postaci urazów akustycznych.
13. **Przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie Uczestnika ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, które potwierdzamy Dokumentem uczestnictwa
14. **Rezygnacja** – złożenie przez Uczestnika Ubezpieczającemu lub nam pisemnego oświadczenia woli o Rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia. Uczestnik może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w dowolnym momencie
15. **Sporty wysokiego ryzyka** – sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, szybownictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, heliskiing, heliboarding, uczestniczenia w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (pustynia, góry powyżej 4000 m n.p.m., busz, Antarktyda albo Arktyka (poza granicą wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), dżungla i tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego), downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach lub desce snowboardowej, jazda poza wyznaczonymi trasami, zjazdy ekstremalne, kajakarstwo górskie, rafting.
16. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia choremu samodzielne funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
17. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
    1) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia – dzięki pracy zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – lub
    2) wykonuje zabiegi chirurgii jednego dnia – co najmniej w zakresie, który dotyczy postępowania medycznego.

    Szpitalem nie jest: dom pomocy społecznej, dom opieki, ośrodek opieki dla przewlekle chorych, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny ani wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego – w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny.
18. **Świadczenie assistance** – świadczenie ubezpieczeniowe w postaci:
    1) usługi opiekuńczej, którą zorganizujemy i pokryjemy jej koszt,
    2) kwoty, którą wypłacamy Uczestnikowi, gdy wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, a Uczestnik we własnym zakresie zorganizuje i opłaci usługę opiekuńczą
19. **Transport medyczny** – transport, który zapewniamy Uczestnikowi, o ile jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego i który jest dostosowany do stanu zdrowia Uczestnika. Transportem medycznym nie jest dojazd do poradni rehabilitacyjnej.
20. **Ubezpieczający** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4B, (00-189) Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000002561.
21. **Ubezpieczyciel (my)** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 0000189340, NIP 1070000164, REGON 01564769, o kapitale zakładowym spółki macierzystej 18 510 562,50 EUR, wpłaconym w całości, na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
22. **Uczestnik** – osoba fizyczna, która:
    1) jest osobą ubezpieczoną w Umowie podstawowej i
    2) wyraziła zgodę na Przystąpienie do ubezpieczenia
23. **Umowa podstawowa** – indywidualna umowa ubezpieczenia, która została zawarta z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. na rzecz Uczestnika, na podstawie:
    1) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów",
    2) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet JA,
    3) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet MY,
    4) Ogólnych warunków ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym,

5) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Mediservice, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Nowa Perspektywa,
6) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów", która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Nowa Perspektywa,
7) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów", która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Twoje Życie albo Twój Plan.

24. **Umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance zawarta na rzecz Uczestników, która łączy nas z Ubezpieczającym.
25. **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu, które polega na udziale:
    1) w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji);
    2) we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym);
    3) które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków;
26. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Nagłe zachorowanie, Nieszczęśliwy wypadek lub Hospitalizacja Uczestnika, które wystąpiły w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

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

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

Tabela Świadczeń Assistance

Część I
Świadczenia assistance w przypadku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Uczestnika

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

Część II **Świadczenie assistance w przypadku Hospitalizacji Uczestnika**					
8	Hospitalizacja	Wizyta w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – na czas Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: • transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Szpitala oraz transport powrotny, • pobyt w hotelu przyszpitalnym lub w razie jego braku – w innym dostępnym hotelu trzygwiazdkowym najbliższym Szpitala.	1000,00 zł brutto	–
9		Wizyta w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – po zakończeniu Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: • transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Miejsca zamieszkania oraz transport powrotny, • pobyt w najbliższym miejsca zamieszkania hotelu trzygwiazdkowym, w okresie do 14 dni od zakończenia Hospitalizacji.	1000,00 zł brutto	–

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony.

ART. 4 JAK PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA

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

ART. 5 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

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

ART. 6 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

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

ART. 7 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

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

ART. 8 ILE KOSZTUJE OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

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

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

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

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

ART. 10 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

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

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

1. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów poza terytorium Polski.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w wyniku:
   1) umyślnego działania Uczestnika,
   2) rażącego niedbalstwa Uczestnika, chyba że organizacja Świadczenia assistance odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności,
   3) popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Uczestnika,
   4) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Uczestnika,
   5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, Aktów terroryzmu,
   6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
   7) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS,
   8) Chorób przewlekłych Uczestnika,
   9) nieprzestrzegania zaleceń lekarza,
   10) Zawodowego uprawiania sportu lub uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Uczestnika;
   11) katastrof naturalnych, działania ognia lub następujących żywiołów: trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne;
   12) spożycia przez Uczestnika alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji,
   13) zaburzeń psychicznych Uczestnika, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
3. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
   1) w związku z leczeniem sanatoryjnym Uczestnika oraz helioterapią, niezależnie od jej powodu;
   2) w wyniku leczenia stomatologicznego Uczestnika;
   3) leczenia eksperymentalnego, którego skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które jest w trakcie badań lub testów;
   4) w wyniku rutynowych badań fizykalnych Uczestnika, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i podania leków lub zabiegów zapobiegawczych;
   5) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
4. Nie udzielimy ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będziemy zobowiązani do organizacji Świadczenia assistance w zakresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli organizacja Świadczenia assistance mogą narazić nas na jakiekolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, prawa polskiego, Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 12 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Uczestnik, uprawniony z Umowy ubezpieczenia, bądź ich spadkobiercy posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy ubezpieczenia, mogą złożyć Ubezpieczycielowi:
   1) na piśmie:
      a) w postaci papierowej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela albo przesyłką pocztową albo nadaną w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, albo
      b) w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl albo wysłaną na adres do doręczeń elektronicznych, AE:PL-86164-19057-RHUFJ-24, wpisany do bazy adresów elektronicznych;
   2) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu: 22 522 26 40 (dostępny w dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście do protokołu podczas wizyty składającego reklamację w siedzibie Ubezpieczyciela;
2. Ubezpieczyciel rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi na piśmie:
   1) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
   2) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że zgłaszający reklamację wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;

3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem składającego reklamację – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez składającego reklamację ustnie.

3. W przypadku, gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, odpowiedź jest udzielana:
   1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego składający reklamację złożył reklamację, albo innego wskazanego przez składającego reklamację środka komunikacji elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez składającego reklamację z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
   2) na adres składającego reklamację do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy – w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez składającego reklamację na adres do doręczeń elektronicznych.
4. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni, o wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany zgodnie z ust. 2 i 3.
5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora Oddziału Ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie jest udzielana niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania, i jest przesyłana zgodnie z ust. 2 i 3.
6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Uczestnikiem lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Uczestnikiem lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku Finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.
   Biuro Rzecznika Finansowego
   ul. Nowogrodzka 47A,
   00-695 Warszawa
   tel.: +48 22 333 73 26 – Recepcja
   +48 22 333 73 27 – Recepcja
   www.rf.gov.pl

ART. 13 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

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

ART. 14 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O UBEZPIECZENIU

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

OWU zostały przyjęte uchwałą Ubezpieczyciela nr 001/2026 z 21 stycznia 2026 r. i wchodzą w życie z dniem 21 marca 2026 r.

Agnieszka Krupa
Dyrektor Oddziału

PODSTAWOWE INFORMACJE O GRUPOWYM UBEZPIECZENIU MEDI-ASSISTANCE

Dokument ten jest materiałem informacyjnym dla osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance. Opisujemy w nim najważniejsze cechy i zasady działania tego ubezpieczenia. Pełne informacje o ubezpieczeniu zawierają Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Medi-Assistance (MED/ASS/6/2026).

JAKIEGO RODZAJU JEST TO UBEZPIECZENIE

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

KTO MOŻE BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ I JAK DŁUGO TRWA UBEZPIECZENIE

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

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

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

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

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

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

Wszystkie ograniczenia odpowiedzialności wskazaliśmy w warunkach ogólnych.

Dokument ten wszedł w życie z dniem 21 marca 2026 roku.

POLITYKA PRYWATNOŚCI
ZASADY OCHRONY PRYWATNOŚCI

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

1. KIM JEST ADMINISTRATOR DANYCH?

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

2. JAKIE DANE OSOBOWE BĘDĄ ZBIERANE?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, których zakres zależy Państwa umowy lub zgłoszonej sprawy, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko (w tym nazwisko rodowe), imię (imiona)
- Imiona rodziców
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Numer, data wydania, data ważności, organ wydający i rodzaj dokumentu tożsamości
- Numery telefonów
- Adres e-mail
- Numer polisy
- Dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia
- Dane o pracodawcy i statusie zatrudnienia
- Obywatelstwo
- Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej
- Dane pozyskane w trakcie zgłoszenia oraz likwidacji szkody

W zależności od Państwa umowy lub szkody poprosimy jedynie o dane niezbędne w konkretnym przypadku.
Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe", tj. dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane ze świadectw zgonu.

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

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

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

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

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem niektórych sytuacji, kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia lub nie są Państwo naszym klientem), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.
Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług lub likwidacji zgłoszonej szkody. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb, lub zlikwidować zgłoszonej przez Państwa szkody.
W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży. Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili tworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych.
W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do jej zakwestionowania, uzyskania jej uzasadnienia, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

4. KTO BĘDZIE MIEĆ DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.
We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.
We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i innym podwykonawcom świadczącym usługi na rzecz AWP w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami, likwidacja szkody, wykonanie umowy poprzez wykonanie usług na rzecz uprawnionej osoby) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępnimy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.
Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

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

5. GDZIE BĘDĄ PRZETWARZANE DANE OSOBOWE?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.
Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi (BCR), które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. BCR oraz wykaz spółek należących do Grupy, które są zobowiązane do ich stosowania, można znaleźć na stronie www.mondial-assistance.pl. W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

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

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

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

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

7. JAK MOŻNA WNIEŚĆ SPRZECIW WOBEC PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.
W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

8. JAK DŁUGO PRZECHOWUJEMY DANE OSOBOWE?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe przez 6 lat od daty ustania lub rozwiązania umowy lub stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 6 letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń oraz konieczności archiwizacji dokumentów zgodnie z ustawą o rachunkowości.
Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne, i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

9. JAK MOŻNA SIĘ Z NAMI SKONTAKTOWAĆ?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować listownie pod adresem:
AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:
Inspektor Ochrony Danych
AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa
E-mail: iodopl@mondial-assistance.pl

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx.

10. JAK CZĘSTO AKTUALIZUJEMY ZASADY OCHRONY PRYWATNOŚCI?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej: www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx, dostępna była zawsze ich aktualna wersja, a ponadto, o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce w dniu **31.03.2023 r.**

*RODO – Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2).

UMOWA DODATKOWA

Zagraniczna druga opinia medyczna

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Jeśli lekarze w Polsce zdiagnozują u Ciebie lub Twoich bliskich poważną chorobę, możesz liczyć na dodatkową opinię najlepszych specjalistów – bez konieczności wyjazdu za granicę.
- Jeśli Ty lub Twoi bliscy będziecie potrzebować wsparcia psychologicznego, zyskujecie dostęp do zdalnych konsultacji ze Specjalistą Zdrowia Psychicznego.
- Masz dostęp do portalu expertmedicalopinion.pl, dzięki któremu możesz zawnioskować o zagraniczną drugą opinię medyczną lub zdalne wsparcie zdrowia psychicznego, a także przeglądać swoją dokumentację medyczną.

Warto wiedzieć

Z usługi zagranicznej drugiej opinii medycznej możesz skorzystać, gdy masz już diagnozę postawioną przez Twojego lekarza. Diagnoza może dotyczyć choroby Twojej albo osoby bliskiej.

Zwróć uwagę

W ramach umowy masz dostęp do dwóch usług:

- zagranicznej drugiej opinii medycznej – możesz z niej skorzystać w przypadku chorób i uszkodzeń ciała, które wymagają leczenia u lekarza specjalisty; ich listę znajdziesz w warunkach ubezpieczenia,
- zdalnego wsparcia zdrowia psychicznego – możesz z niej skorzystać m.in. w razie obniżonego nastroju, stresujących sytuacji czy problemów ze snem.
  Z tej konsultacji mogą też skorzystać bliskie Ci pełnoletnie osoby.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Teladoc Health:
+48 221 042 236 (czynne od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9.00 do 17.00)

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA” (OM/TZ/6/2026)

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

ZYTZTZIOM-O03 08/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA" (OM/TZ/6/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Obsługi Klienta Teladoc Health** – centrum zgłoszeniowe (tel. +48 221 042 236, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne (od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9.00 do 17.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) oraz dokumenty od Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej, weryfikuje prawo do uzyskania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej oraz koordynuje jej realizację. Zgłoszenie można również złożyć za pośrednictwem portalu internetowego www.expertmedicalopinion.pl
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Dziecko** – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego, nad którym sprawuje on opiekę rodzicielską do czasu uzyskania przez nie pełnoletności i które w dniu postawienia diagnozy, stwierdzenia konieczności przeprowadzenia leczenia operacyjnego ma nie więcej niż 25 lat
4. **Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalizacji. Wyboru Eksperta dokonuje Teladoc Health, z uwzględnieniem stanu zdrowia osoby, której dotyczy wniosek o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną
5. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej – w zależności od tego, której osoby dotyczy,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia osoby, której to zdarzenie dotyczy,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
6. **Osoba Bliska** – Współmałżonek, Partner lub Dziecko
7. **Partner** – osoba, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe
8. **Portal ExpertMedicalOpinion** – portal internetowy na stronie www.expertmedicalopinion.pl, dzięki któremu Ubezpieczony lub Osoba Bliska:
   a) wypełniają i składają on-line wnioski o sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, lub organizację usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego,
   b) przeglądają swoją dokumentację medyczną.
   Ubezpieczony lub Osoba Bliska korzystają z portalu po zalogowaniu się z wykorzystaniem indywidualnego hasła
9. **Specjalista Zdrowia Psychicznego** – psycholog lub psychoterapeuta, który współpracuje z Teladoc Health oraz posiada kwalifikacje do udzielania danego rodzaju świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego
10. **Teladoc Health** – Teladoc Health International SAU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: Via Augusta, 252, 6º, Distrito de Sarrià-Sant Gervasi, 08017 Barcelona), za pośrednictwem którego zapewniamy sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej oraz realizację usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego
11. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie i która w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż:
    a) 66 lat – w przypadku gdy Umową Główną jest „Twoje Życie",
    b) 61 lat – w przypadku gdy Umową Główną jest „Twój Plan"
12. **Współmałżonek** – osoba, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego
13. **Zagraniczna Druga Opinia Medyczna (InterConsultation)** – opinia, która dotyczy Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej i którą sporządza Ekspert na podstawie dostarczonej mu dokumentacji medycznej. Opinia ta zawiera:
    a) weryfikację wcześniej postawionej diagnozy,
    b) propozycję optymalnego planu leczenia
14. **Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego (Konsultacja)** – zdalna konsultacja wspierająca przeprowadzona przez Specjalistę Zdrowia Psychicznego, której celem jest ochrona, utrzymanie lub poprawa dobrostanu psychicznego Ubezpieczonego lub pełnoletniej Osoby Bliskiej

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

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

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

   b) dostęp do Portalu ExpertMedicalOpinion,
   c) tłumaczenie na język Eksperta dokumentacji medycznej, którą na potrzeby realizacji usługi Drugiej Zagranicznej Opinii Medycznej, przekazuje Ubezpieczony lub Osoba Bliska,
   d) tłumaczenie na język polski Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej – przed przekazaniem jej Ubezpieczonemu lub Osobie Bliskiej,

e) organizację oraz pokrycie kosztów Zdalnego Wsparcia Zdrowia Psychicznego (Konsultacji) w zakresie:
   - problemów wychowawczych i rozwoju dzieci oraz młodzieży – poprzez udzielanie wsparcia rodzicom lub opiekunom,
   - objawów lękowych, nadmiernego zamartwiania się,
   - obniżonego nastroju i związanych z nim trudności emocjonalnych,
   - trudnych wydarzeń życiowych i nieklinicznych sytuacji kryzysowych,
   - przeżywania żałoby lub straty,
   - wpływu choroby lub problemów zdrowotnych na samopoczucie psychiczne,
   - następstw doświadczeń traumatycznych,
   - problemów w relacjach interpersonalnych,
   - problemów ze snem i zasad higieny snu,
   - radzenia sobie ze stresem i jego skutkami.

   Konsultacja nie zastępuje pomocy w stanach nagłych, które wymagają niezwłocznej interwencji medycznej lub psychiatrycznej. Jeżeli podczas kwalifikacji do usługi Specjalista Zdrowia Psychicznego stwierdzi objawy wskazujące na konieczność pilnego kontaktu z lekarzem, oddziałem psychiatrycznym lub numerem alarmowym, usługa może nie zostać zrealizowana, a osoba korzystająca zostanie poinformowana o właściwej formie pomocy.

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

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć tylko razem z Umową Główną.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
3. Nie przedstawiamy propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.
4. Możemy przedstawić Ci propozycję zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego w przypadku rozwiązania zawartej pomiędzy nami a Teladoc Health umowy, która reguluje warunki realizacji usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego. W takim przypadku najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia przekażemy Ci propozycję zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego.
5. Jeśli nie dochodzi do zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej z usługą Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego z innej przyczyny niż Twoje wypowiedzenie lub rezygnacja z zawarcia tej umowy na kolejny okres, a Ubezpieczony lub Osoba Bliska rozpoczęli w okresie ochrony ubezpieczeniowej realizację przysługujących im Konsultacji, to zachowują oni prawo do ich dokończenia w liczbie określonej limitem w ramach jednej Umowy Dodatkowej.

ART. 4. ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Aby uzyskać Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną, Ubezpieczony albo Osoba Bliska, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
   a) zgłaszają wniosek o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną korzystając z Portalu ExpertMedicalOpinion i podają wymagane informacje lub kontaktują się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Teladoc Health i podają dane:
      - imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
      - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
      - dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
      - kontaktowy numer telefonu.
   b) wypełniają formularze, które otrzymują po zweryfikowaniu przez Teladoc Health prawa do świadczenia,
   c) wypełnione formularze oraz zgromadzoną dokumentację medyczną załączają w Portalu ExpertMedicalOpinion lub dostarczają w inny sposób uzgodniony z Centrum Obsługi Klienta Teladoc Health, na własny koszt.
2. Jeżeli wniosek o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną dotyczy Osoby Bliskiej, Teladoc Health może zażądać dokumentów lub oświadczeń niezbędnych do potwierdzenia statusu Osoby Bliskiej oraz prawa do skorzystania z usługi. Weryfikacja prawa do skorzystania z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej odbywa się wyłącznie w zakresie danych niezbędnych do potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej oraz realizacji świadczenia.
3. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana:
   a) osobie, której dotyczy,
   b) w uzgodniony z nią sposób,
   c) w ciągu 30 dni od dostarczenia dokumentacji medycznej.

   Jeżeli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Zagraniczna Druga Opinia Medyczna zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie było możliwe. W przypadku osób małoletnich Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.
4. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana w języku polskim.

ART. 6. W JAKI SPOSÓB REALIZUJEMY USŁUGĘ ZDALNE WSPARCIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Aby uzyskać Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego Ubezpieczony albo Osoba Bliska zgłaszają wniosek o Konsultację korzystając z Portalu ExpertMedicalOpinion i podają dane:
   - imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
   - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
   - dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
   - kontaktowy numer telefonu.
2. Jeżeli wniosek o Konsultację dotyczy Osoby Bliskiej, Teladoc Health może zażądać dokumentów lub oświadczeń niezbędnych do potwierdzenia statusu Osoby Bliskiej oraz prawa do skorzystania z usługi.
   Weryfikacja prawa do skorzystania z Konsultacji odbywa się wyłącznie w zakresie danych niezbędnych do potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej oraz realizacji świadczenia.
3. Specjalista Zdrowia Psychicznego kontaktuje się z Ubezpieczonym lub Osobą Bliską w ciągu 5 dni roboczych od zgłoszenia wniosku o Konsultację w Portalu ExpertMedicalOpinion, aby przeprowadzić wstępną konsultację. W czasie wstępnej konsultacji Specjalista Zdrowia Psychicznego potwierdza, czy usługa Zdalnego Wsparcia Zdrowia Psychicznego, o którą zawnioskował Ubezpieczony lub Osoba Bliska, mieści się w zakresie ubezpieczenia oraz ustala z Ubezpieczonym lub Osobą Bliską dogodny termin pierwszej Konsultacji.
4. Konsultacje realizowane są od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9:00 do 17:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
5. Konsultacja świadczona jest w języku polskim, w formie rozmowy telefonicznej umówionej w dogodnym dla Ubezpieczonego (lub Osoby Bliskiej) oraz Specjalisty Zdrowia Psychicznego terminie. Jeżeli

Specjalista Zdrowia Psychicznego uzna to za uzasadnione, w trakcie rozmowy możliwe jest uruchomienie połączenia wideo za pośrednictwem dedykowanego adresu internetowego (URL), przesłanego za pośrednictwem poczty elektronicznej lub wiadomości tekstowej SMS.

6. Czas trwania jednej Konsultacji wynosi maksymalnie 45 minut.
7. Jeśli umówiona Konsultacja nie zostanie odwołana przez Ubezpieczonego lub Osobę Bliską na co najmniej 24 godziny przed jej rozpoczęciem, zostanie uznana za wykorzystaną.
8. Ubezpieczony lub Osoba Bliska mogą skorzystać maksymalnie z 10 Konsultacji w ramach jednej Umowy Dodatkowej w związku z jednym zgłoszonym problemem objętym zakresem usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego. Limit ten stosujemy odrębnie dla każdej osoby, która korzysta z usługi. Do tego limitu nie wlicza się konsultacji wstępnej.
9. Dokładna liczba Konsultacji ustalana jest indywidualnie przez Specjalistę Zdrowia Psychicznego na podstawie aktualnej wiedzy klinicznej oraz zgodnie ze standardami etyki zawodowej. Usługa Zdalnego Wsparcia Zdrowia Psychicznego może zostać zakończona przed wyczerpaniem limitu 10 Konsultacji, jeżeli:
   a) Ubezpieczony lub Osoba Bliska zrezygnują z dalszych Konsultacji,
   b) potrzeby Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej w zakresie zgłoszonego problemu zostały zaspokojone i dalsza pomoc wg Specjalisty Zdrowia Psychicznego nie jest uzasadniona z medycznego punktu widzenia,
   c) Specjalista Zdrowia Psychicznego uzna, że stan Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej wymaga pilnego kontaktu z lekarzem, oddziałem psychiatrycznym lub numerem alarmowym.
10. Wszystkie Konsultacje są poufne. Poufność może zostać ograniczona wyłącznie w przypadkach przewidzianych przepisami prawa lub w sytuacjach związanych z bezpośrednim zagrożeniem życia albo zdrowia osoby korzystającej z usługi lub innych osób.

ART. 7. W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW SPORZĄDZENIA ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ ANI USŁUGI ZDALNE WSPARCIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej:
   a) jeżeli przyczyną zgłoszenia jest:
      - ostry i krótkotrwały stan chorobowy – pojawienie się, wśród pełnego zdrowia, krótkotrwałych (kilka dni lub tygodni), zmieniających się objawów chorobowych, które ustępują całkowicie (stan chorobowy zostaje wyleczony),
      - choroba przewlekła o lekkim przebiegu,
      - Choroba Psychiczna,
      - problem stomatologiczny,
   b) w czasie pobytu Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem tej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej,
   c) jeżeli stan chorobowy Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
2. 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.
3. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna oraz Konsultacje realizowane w ramach usługi Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego mają charakter wyłącznie konsultacyjny.
4. 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.
5. Zdalne Wsparcie Zdrowia Psychicznego nie zastępuje leczenia psychiatrycznego, psychoterapii prowadzonej w trybie ciągłym ani świadczenia ratunkowego lub interwencyjnego.
6. Ostateczne decyzje dotyczące diagnostyki, leczenia, farmakoterapii oraz wyboru sposobu postępowania medycznego należą do osoby korzystającej z usługi oraz jej lekarza prowadzącego.
7. 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.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 109/2026 i obowiązują od 20 września 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Ubezpieczenie składki

MATERIAŁ REKLAMOWY

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

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

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

Jak skorzystać z ubezpieczenia?
Wszystkie informacje znajdziesz:
- na stronie **allianz.pl,**
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie **allianz.pl**

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/TZ/6/2025)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

ZYTZUS-O02 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/TZ/6/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej, która jest zgodna z jego wykształceniem, umiejętnościami nabytymi podczas ukończonych kursów zawodowych lub podczas wykonywania Aktywności Zarobkowej. Ta całkowita niezdolność musi:
   a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, które również wystąpiły w czasie tej ochrony, i
   b) trwać w czasie tej ochrony nieprzerwanie przynajmniej 6 miesięcy
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) jest Ubezpieczonym Głównym i Ubezpieczającym w Umowie i
   b) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat
6. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
7. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
8. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

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

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć tylko razem z Umową Główną.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) w dniu zmiany osoby, która ma obowiązek płacić Składki,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
3. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Masz obowiązek opłacać Składki do czasu, gdy podejmiemy decyzję o ich przejęciu.
2. Gdy otrzymujemy wniosek o przejęcie opłacania Składek, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
3. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu, albo go zaprzestaje,
   b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,
   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.

4. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową
      albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego,
      albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
5. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową
      albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
6. Jeśli Niezdolność do Pracy jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić przejęcia opłacania Składek.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Wieku Ubezpieczonego,
   b) wysokości Składki, którą pomniejszamy o:
      • składkę za tę Umowę Dodatkową i
      • Regularną Składkę Kapitałową – jeśli ją opłacasz,
   c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.
3. Składka za Umowę Dodatkową zmienia się w przypadku zmiany Składki.
4. W okresie, w którym przejmujemy opłacanie Składek, nie możesz dokonywać zmian w Umowie, które powodują podwyższenie Składki.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB SPEŁNIMY ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE, ABYŚMY PRZEJĘLI OPŁACANIE SKŁADEK

Abyśmy mogli ustalić, czy i na jaki okres przejąć opłacanie Składek, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:
a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
c) dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE PRZEJMIEMY OPŁACANIA SKŁADEK

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie przejmujemy opłacania Składek także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:
a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego,
c) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony - chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
h) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 136/2025 i obowiązują od 20 września 2025 r.

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Podstawowa korzyść

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

Warto wiedzieć

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

Zwróć uwagę

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

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

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (SNW/TZ/5/2025)

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

ZYTZTZISNW-C02 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (SNW/TZ/5/2025)

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

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

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
   b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

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

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo zaprzestaje go uprawiać,
   b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,

   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo

b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.

4. Jeśli śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony - chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 137/2025 i obwiązują od 20 września 2025 r.

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW komunikacyjnego

MATERIAŁ REKLAMOWY

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

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

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?
Osoba uprawniona może **wnioskować o wypłatę pieniędzy**, wysyłając skany potrzebnych dokumentów na adres: **bok@allianz.pl**.

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SWK/TZ/5/2025)

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

ZYTZTZISWK-O02 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SWK/TZ/5/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera wskutek Wypadku Komunikacyjnego; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
   b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
8. **Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek, który powstał w ruchu drogowym, powietrznym albo wodnym i któremu uległ Ubezpieczony, jako:
   a) pieszy,
   b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego albo pasażerskiego statku wodnego,
   c) pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym (w rozumieniu ustawy – Prawo o ruchu drogowym), rowerem, motorowerem albo zaprzęgiem konnym,
   d) kierujący pojazdem szynowym
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

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

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

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

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

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

a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego,
e) w związku z udziałem Ubezpieczonego w następujących zajęciach: kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, żeglarstwo morskie lub oceaniczne.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 138/2025 i obwiązują od 20 września 2025 r.

UMOWA DODATKOWA

Kalectwo po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

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

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

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

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?
Wszystkie informacje znajdziesz:
- na stronie **allianz.pl,**
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie **allianz.pl**

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KNW/TZ/5/2025)

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

ZYTZTZIKNW-O02 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KNW/TZ/5/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – uszkodzenie ciała Ubezpieczonego:
   a) na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej ,i
   b) które powstało nie później niż w 180. dniu od tego wypadku.
   Uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, które są objęte ubezpieczeniem znajdziesz w tym dokumencie – w tabeli kalectwa
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
   b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. W razie Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z tabelą kalectwa.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje,
   b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,

w ciągu 60 dni od takiej zmiany.

3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Jeśli wystąpi Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni, zgodny z tabelą kalectwa, procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Łączna kwota wypłat nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, także wtedy gdy:
   a) Ubezpieczony doznaje więcej niż jednego Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
   b) Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi.
3. W przypadku różnych oparzeń, które są skutkiem tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy pieniądze z jednej pozycji tabeli kalectwa – tej, która przewiduje najwyższy procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. Za wszystkie złamania, które są skutkiem tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy pieniądze z jednej pozycji tabeli kalectwa – tej, która przewiduje najwyższy procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Jeśli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczony dozna wielu uszkodzeń w obrębie tej samej kończyny, to wypłata za te uszkodzenia nie może być wyższa od kwoty, którą zgodnie z tabelą kalectwa wypłacilibyśmy za utratę tej kończyny.
6. Jeśli w jednej pozycji tabeli kalectwa wymieniamy więcej niż jedno Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i są one skutkiem tego samego wypadku, to wypłacamy pieniądze tylko za jedno z nich.

Tabela kalectwa

Pojęcia, których używamy w tabeli kalectwa, oznaczają:

a) **encefalopatia pourazowa** – narastający zespół psycho-organiczny, który występuje po przebytym, udokumentowanym urazie głowy, oraz zmiany w układzie nerwowym, które są potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
b) **oparzenie** – uszkodzenie powierzchni ciała na skutek działania wysokiej temperatury lub czynnika chemicznego,
c) **unieruchomienie stawu** – deficyt ruchomości globalnej stawu biodrowego, barkowego, kolanowego i łokciowego większy niż 50% normy ruchomości stawu przyjętej w medycynie,
d) **TBSA** (ang. total body surface area) – całkowita powierzchnia ciała,
e) **utrata** – amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji organu.

Pozycja	Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
1	Obustronna utrata wzroku rozumiana jako ostrość widzenia [V] = 0,0 po korekcji dla prawego i lewego oka	100 %
2	Utrata jednego oka lub całkowita utrata widzenia jednym okiem rozumiana jako ostrość widzenia [V]= 0,0 po korekcji	50 %
3	Utrata słuchu w jednym uchu (rozpoznawana, gdy średni próg słyszalności dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz jest wyższy niż 70 dB dla danego ucha)	50 %
4	Pourazowa encefalopatia powodująca niezdolność do samodzielnej egzystencji, z koniecznością stałej opieki osób trzecich	100 %
5	Pozostałe przypadki encefalopatii pourazowej	75 %
6	Utrata kończyny górnej na wysokości stawu barkowego	75 %
7	Utrata dłoni na wysokości stawu promieniowo-nadgarstkowego	55 %
8	Unieruchomienie stawu barkowego	40 %
9	Unieruchomienie stawu łokciowego	30 %
10	Utrata co najmniej trzech palców jednej dłoni (bez kciuka), w tym co najmniej jednego poniżej stawu międzypaliczkowego dalszego	30%
11	Amputacja kciuka pomiędzy stawem międzypaliczkowym a dłonią	10%
12	Utrata kończyny dolnej na wysokości stawu biodrowego	75%
13	Utrata stopy pomiędzy stawem śródstopno-palcowym a stawem skokowym	40%
14	Unieruchomienie stawu biodrowego	40%
15	Unieruchomienie stawu kolanowego	30%
16	Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm	10%
17	Pourazowy krwotok mózgowy lub uraz mózgu lub rdzenia kręgowego	60%
18	Uszkodzenie serca lub tętnicy głównej (aorty) wymagające operacyjnego leczenia chirurgicznego	30%
19	Uszkodzenie co najmniej jednego narządu jamy brzusznej (z wyłączeniem narządów układu moczowo-płciowego) leczone operacyjnie	15%
20	Uszkodzenie co najmniej jednego narządu układu moczowo-płciowego leczone operacyjnie z wyłączeniem zabiegów wykonywanych technikami endoskopowymi z dostępu przez cewkę moczową	15%
21	Uszkodzenie co najmniej jednego płuca lub opłucnej leczone operacyjnie z wyłączeniem uszkodzenia wymagającego jedynie drenażu opłucnej	15%
22	Złamanie co najmniej jednej kości czaszki, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie kości twarzoczaszki	15%
23	Złamanie co najmniej jednej kości twarzoczaszki, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie łącznie kości nosa i zębów	10%
24	Złamanie łopatki	5%

Pozycja	Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
25	Złamanie obojczyka	5%
26	Złamanie kości ramiennej, z wyłączeniem kości stawu łokciowego	3%
27	Złamanie kości w obrębie stawu łokciowego lub złamanie kości przedramienia, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie kości nadgarstka	3%
28	Złamanie mostka, z wyłączeniem skutków reanimacji	5%
29	Złamanie kości miednicy	10%
30	Złamanie w obrębie kości stawu biodrowego	10%
31	Złamanie kości udowej, z wyłączeniem części kości udowej będącej elementem stawu biodrowego lub stawu kolanowego	5%
32	Złamanie kości podudzia, z wyłączeniem części kości podudzia będących elementem stawu kolanowego	3%
33	Złamanie w obrębie kości tworzących staw kolanowy	3%
34	Złamanie kości krzyżowej lub ogonowej kręgosłupa	5%
35	Złamanie co najmniej jednego trzonu kręgu bez porażeń, z wyłączeniem kości krzyżowej lub ogonowej	5%
36	Oparzenie II stopnia od 5% do 15% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	5%
37	Oparzenie II stopnia powyżej 15% i nie więcej niż 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	15%
38	Oparzenie II stopnia powyżej 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	30%
39	Oparzenie III stopnia do 5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	5%
40	Oparzenie III stopnia powyżej 5% i nie więcej niż 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	30%
41	Oparzenie III stopnia powyżej 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	60%
42	Oparzenie IV stopnia powyżej 1% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	60%
43	Uszkodzenie organizmu, które nie jest wymienione w tej tabeli	0%

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Kalectwie wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz:

a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
d) dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby,
e) dokumentów, które potwierdzają Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

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

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

1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
3) 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,
4) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 139/2025 i obwiązują od 20 września 2025 r.

UMOWA DODATKOWA

Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Wypłacimy Ci pieniądze w razie uszczerbków na zdrowiu spowodowanych wypadkiem – najczęstsze z nich to: złamania, skręcenia, oparzenia, blizny.
- Zapewnimy Ci również zwrot wydatków na rehabilitację.

Warto wiedzieć

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, która może wynosić 200 000 zł (dotyczy osób dorosłych) i 100 000 zł (dotyczy dzieci).

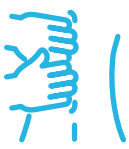
Zwróć uwagę

- Za uszczerbek na zdrowiu wypłacimy określony procent sumy ubezpieczenia, który znajdziesz w tabeli zamieszczonej w warunkach ubezpieczenia.
- Za rehabilitację możesz otrzymać do 15% tej sumy.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU I REHABILITACJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (UR/TZ/5/2025)

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

ZYTZTZIUR-O02 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU I REHABILITACJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (UR/TZ/5/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Rehabilitacji** – koszty procesu leczniczego, w tym koszty zaopatrzenia ortopedycznego Ubezpieczonego (z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych), które zostały poniesione w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem, w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku. Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz:
   a) ma na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych lub zaburzonych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku czynności uszkodzonego narządu lub narządów,
   b) jest prowadzone na terenie Polski i pod kontrolą lekarza,
   c) jest realizowane metodami kinezyterapii i fizykoterapii

   Koszty badań, które wykonuje Ubezpieczony, nie są Kosztami Rehabilitacji.
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której:
   a) obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, oraz
   b) ustalamy maksymalną kwotę zwrotu w przypadku poniesienia Kosztów Rehabilitacji.

   Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Tabela Procentowego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (Tabela)** – dokument, który zawiera listę Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu objętych ubezpieczeniem wraz z przypisanymi im procentami uszczerbku
7. **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu** – utrwalone dolegliwości, które zmniejszają sprawność poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu lub zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy, które:
   a) są następstwem Nieszczęśliwego Wypadku i
   b) powstają w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku
8. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
   b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
9. **Wada lub Choroba Wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
10. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
11. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
    a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
    b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
    c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
    d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
    e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
    f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
    g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
    h) sporty walki;
    i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
    j) zorbing
12. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
    a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
    b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
   a) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego oraz
   b) zwrot Kosztów Rehabilitacji Ubezpieczonego – do 15% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli Ubezpieczony dozna Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, to wypłacamy odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z Tabelą.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu o charakterze nawykowym, 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.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje,
   b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,

   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu lub Nieszczęśliwy Wypadek, który powoduje konieczność poniesienia Kosztów Rehabilitacji, są skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY ZA TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU ORAZ KOMU I ILE PIENIĘDZY ZWRACAMY ZA KOSZTY REHABILITACJI (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego wypłacamy mu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Kwotę wypłaty obliczamy, mnożąc:
   a) Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z dnia Nieszczęśliwego Wypadku i
   b) procent uszczerbku wskazany w Tabeli dla danego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.
2. Jeśli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku u Ubezpieczonego powstaje więcej niż jeden Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, to sumujemy wypłaty za te uszczerbki.
3. Maksymalna kwota wypłaty za skutki tego samego Nieszczęśliwego Wypadku to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. W razie utraty lub uszkodzenia narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem przed Nieszczęśliwym Wypadkiem na skutek innego urazu, Wady lub Choroby Wrodzonej, to stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określamy jako różnicę pomiędzy:
   a) aktualnym stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu po Nieszczęśliwym Wypadku a
   b) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu przed tym wypadkiem.

   Jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed Nieszczęśliwym Wypadkiem, to przyjmujemy, że wcześniejszy trwały uszczerbek nie istniał.
5. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu, za który wypłaciliśmy pieniądze, to stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określamy jako różnicę pomiędzy:
   a) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu po Nieszczęśliwym Wypadku a
   b) stopniem Trwałego Uszczerbku za Zdrowiu, za który wypłaciliśmy pieniądze.
6. Oceny Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego dokonują nasi upoważnieni pracownicy lub wskazani przez nas lekarze.
7. Stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu powinien być ustalony:
   a) po zakończeniu leczenia, w tym zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego,
   b) nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od dnia Nieszczęśliwego Wypadku i nie później niż po 24 miesiącach od tego wypadku; późniejsza zmiana stopnia Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje zmiany wysokości wypłaty za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu.
8. Jeżeli zgodnie z opinią wskazanego przez nas lekarza okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, to po upływie 6 miesięcy Ubezpieczony może złożyć wniosek o wcześniejszą wypłatę bezspornej części świadczenia za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, która zgodnie z naszymi przewidywaniami będzie przysługiwać po zakończeniu leczenia. Wysokość tej części świadczenia określamy na podstawie:
   a) dokumentów, które przedstawia Ubezpieczony, oraz
   b) ustaleń wskazanego przez nas lekarza.
9. Zwracamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Rehabilitacji, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu, to 15% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacamy w złotych polskich. Jeśli Koszty Rehabilitacji zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Trwałym Uszczerbku na Zdrowiu lub o poniesieniu Kosztów Rehabilitacji oraz:

a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
d) dokumentów, które potwierdzają Trwały Uszczerbek na Zdrowiu – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego,
e) dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby,
f) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Rehabilitacji; faktura lub rachunek musi zawierać wskazanie osoby, która poddała się rehabilitacji.

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

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub poniósł Koszty Rehabilitacji, został spowodowany lub miał miejsce:

a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków

działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,

b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,

c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,

d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 140/2025 i obwiązują od 20 września 2025 r.

TABELA PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (TPU/TZ/3/2022)

Tabelę stosujemy do Umowy dodatkowej w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku.

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
A	**UKŁAD NERWOWY**		
1		**Porażenia i niedowłady po urazach wewnątrzczaszkowych**	
	001	Porażenie lub głęboki niedowład połowiczy, porażenie lub głęboki niedowład obu kończyn dolnych, uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0°-2° wg Lovetta)	100%
	002	Umiarkowany niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (3° wg Lovetta)	60%
	003	Niewielki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (4° wg Lovetta)	30%
	004	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 0°	50%
	005	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 1°-2°	35%
	006	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 3°-4°	25%
	007	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 0°	40%
	008	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 1°-2°	30%
	009	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 3°-4°	20%
SKALA LOVETTE'A: 0º – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej; 1º – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej; 2º – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej; 3º – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej; 4º – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej; 5º – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej;			
2		**Zespoły pozapiramidowe**	
	010	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu znacznym	100%
	011	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu umiarkowanym	60%
	012	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu niewielkim	20%
3		**Zespoły móżdżkowe**	
	013	Zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie	100%
	014	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w znacznym stopniu	70%
	015	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w umiarkowanym stopniu	50%
	016	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w niewielkim stopniu	20%
4		**Padaczka jako izolowane następstwo urazu**	
	017	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z częstymi napadami (powyżej 4 miesięcznie)	50%
	018	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z napadami od 2 do 4 miesięcznie	30%
	019	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z z rzadkimi napadami poniżej 2 miesięcznie	10%
Podstawą rozpoznania padaczki są: typowe napady, zmiany w zapisie EEG z cechami charakterystycznymi dla tej choroby, dokumentacja leczenia neurologicznego z badaniami TK/MR. Uwaga: Jeśli rozpoznaniu padaczki towarzyszy encefalopatia, wtedy ocena dokonywana jest wyłącznie według pkt. 5 (pozycje 020-022).			
5		**Encefalopatia pourazowa**	
	020	Encefalopatia pourazowa ze znacznymi zmianami otępiennymi lub dużym deficytem neurologicznym	100%
	021	Encefalopatia pourazowa ze średnimi zmianami otępiennymi lub średnim deficytem neurologicznym	50%

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	022	Encefalopatia pourazowa z niewielkimi zmianami otępiennymi lub niewielkim deficytem neurologicznym	25%
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być udokumentowane diagnostyką i leczeniem neurologicznym lub psychiatrycznym, obecnością zmian w EEG, TK/MR mózgu oraz typowymi odchyleniami w wynikach testów psychologicznych.			
6		**Inne zespoły pourazowe OUN - po urazach głowy lub ciężkich urazach ciała**	
	023	Zaburzenia nerwicowe znacznego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez nas	20%
	024	Zaburzenia nerwicowe umiarkowanego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez nas	10%
	025	Zaburzenia nerwicowe lekkiego stopnia udokumentowane sześciomiesięczną historią choroby z leczenia u psychiatry (wskazane badanie orzecznicze psychiatry)	5%
	026	Wstrząśnienie mózgu rozpoznane szpitalnie	2%
	027	Stłuczenie mózgu lub krwotok wewnątrzczaszkowy, bez utrwalonego zespołu neurologicznego, leczone zachowawczo (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu)	5%
	028	Krwotok wewnątrzczaszkowy leczony operacyjnie, bez utrwalonego zespołu neurologicznego (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu)	10%
7		**Zaburzenia mowy**	
	029	Afazja całkowita	100%
	030	Afazja umiarkowanego stopnia	60%
	031	Afazja niewielkiego stopnia	30%
8		**Pourazowe zespoły podwzgórzowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność i niedoczynność tarczycy itp.)**	
	032	Pourazowe zespoły podwzgórzowe nieznacznie upośledzające czynność organizmu	20%
	033	Pourazowe zespoły podwzgórzowe umiarkowanie upośledzające czynność organizmu	40%
	034	Pourazowe zespoły podwzgórzowe znacznie upośledzające czynność organizmu	60%
9		**Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej: okoruchowego, bloczkowego, odwodzącego**	
	035	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu i opadaniem powieki oraz z zaburzeniami akomodacji	30%
	036	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu i opadaniem powieki	20%
	037	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu bez opadania powieki	10%
	038	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z zaburzeniami akomodacji lub innymi zaburzeniami czynności mięśni wewnętrznych oka	5%
Uwaga: w przypadku uszkodzenia części zewnętrznej i wewnętrznej nerwu okoruchowego oba uszczerbki podlegają sumowaniu, ale łączna wartość nie może przekroczyć 40%.			
10		**Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego**	
	039	Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego – za jedną gałąź	5%
11		**Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarzowego**	
	040	Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarzowego	20%
12		**Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego**	
	041	Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego (obu nerwów) – z zaburzeniami mowy, połykania, oddechu oraz zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego	40%
13		**Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego lub podjęzykowego**	
	042	Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego	10%
	043	Uszkodzenie całkowite nerwu podjęzykowego	20%
14		**Izolowane całkowite uszkodzenia nerwów obwodowych**	
	044	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	15%
	045	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piersiowego długiego	15%
	046	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pachowego	20%
	047	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu mięśniowo-skórnego	20%

	048	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego powyżej odejścia gałęzi do mięśnia trójgłowego ramienia	30%
	049	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego poniżej odejścia gałęzi do mięśnia trójgłowego ramienia	20%
	050	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	15%
	051	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	10%
	052	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie ramienia	30%
	053	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie nadgarstka	15%
	054	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu łokciowego	20%
	055	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25%
	056	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	40%
	057	Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	10%
	058	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu zasłonowego	15%
	059	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu udowego	30%
	060	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwów pośladkowych	20%
	061	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu sromowego wspólnego	20%
	062	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	40%
	063	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piszczelowego	30%
	064	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu strzałkowego	20%
	065	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu lędźwiowo-krzyżowego	60%
	066	Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	10%
Uwaga: w przypadku częściowego uszkodzenia nerwów, oceny z pozycji 039-066 odpowiadają połowie wartości przewidzianej za całkowite uszkodzenie nerwu.			
B	**GŁOWA**		
15		**Uszkodzenia powłok czaszki**	
	067	Oskalpowanie – od 20% do 50% skóry owłosionej	20%
	068	Oskalpowanie – powyżej 50% skóry owłosionej	30%
Uwaga: według pozycji 067-068 oceniane są ubytki nieuzupełnione trwale owłosieniem.			
16		**Złamania kości czaszki**	
	069	Złamania kości czaszki – w obrębie sklepistości czaszki	5%
	070	Złamania kości czaszki – w obrębie podstawy czaszki	10%
17		**Pourazowe ubytki kości czaszki**	
	071	Pourazowy ubytek kości czaszki – poniżej 10 cm²	5%
	072	Pourazowy ubytek kości czaszki – od 10 do 40 cm²	10%
	073	Pourazowy ubytek kości czaszki – powyżej 40 cm²	20%
Uwaga: w przypadkach urazów obejmujących uszkodzenia zarówno powłoki czaszki, jak i kości sklepienia i podstawy czaszki, następstwa poszczególnych obrażeń podlegają sumowaniu. Łączna suma uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 40%.			
18		**Powikłania po urazach głowy**	
	074	Nawracający płynotok, ropowica powłok czaszki, przewlekłe zapalenie kości, przepuklina mózgowa – leczone operacyjnie	10%
C	**TWARZ**		
19		**Powłoki twarzy**	
	075	Oszpecenie – bez zaburzeń funkcji – blizny poniżej 5 cm, z wyłączeniem blizn po oparzeniach	5%
	076	Oszpecenie – bez zaburzeń funkcji – blizny od 5 cm, z wyłączeniem blizn po oparzeniach	10%
	077	Oszpecenie z zaburzeniami funkcji jak ślinotok, zaburzenia przyjmowania pokarmów, mowy, oddychania, czynności powiek – dodatkowo za każde zaburzenie	10%
20		**Nos**	
	078	Złamanie kości nosa niewymagające repozycji	1%

	079	Złamanie kości nosa wymagające repozycji lub zniekształcenie pourazowe nosa – bez zaburzeń powonienia i oddychania	3%
	080	Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia lub oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy	10%
	081	Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia i oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy	20%
	082	Utrata nosa w całości – łącznie z kośćmi nosa	30%

Uwaga: zaburzenia powonienia lub oddychania z pozycji 078- 081 powinny zostać udokumentowane badaniami dodatkowymi i konsultacjami specjalistycznymi.

21		**Zęby**	
	083	Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie siekaczy lub kłów – za każdy ząb	0,50%
	084	Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie pozostałych zębów – za każdy ząb	0,25%
	085	Utrata całej korony lub całego zęba (dot. siekaczy lub kłów) – za każdy ząb	1,50%
	086	Utrata całej korony lub całego zęba (dot. zębów innych niż siekacze i kły) – za każdy ząb	1%
22		**Uszkodzenia kości: oczodołu, jarzmowej, szczęki, żuchwy, zatoki, stawu skroniowo-żuchwowego**	
	087	Wygojone bez przemieszczeń	2%
	088	Wygojone z niewielkim przemieszczeniem	4%
	089	Wygojone ze średnim przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i niewielkim upośledzeniem żucia	12%
	090	Wygojone z dużym przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i znacznym upośledzeniem lub częściowa utrata szczęki lub żuchwy	25%
	091	Utrata częściowa szczęki lub żuchwy z utratą zębów, asymetrią zgryzu, znacznym zaburzeniem otwierania jamy ustnej i upośledzeniem odżywiania	35%
	092	Utrata całkowita: szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów)	50%
23		**Język, podniebienie, przedsionek jamy ustnej, wargi**	
	093	Ubytek powyżej 2 cm^2 – bez zaburzeń mowy i połykania	2%
	094	Ubytek z zaburzeniami mowy i połykania	15%
	095	Ubytek z zaburzeniami mowy i połykania oraz zaburzeniami odżywiania	35%
	096	Całkowita utrata języka	50%
D	**NARZĄD WZROKU**		
24		**Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach**	
	097	Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach – tabela ostrości wzroku	

Oko prawe / Oko lewe	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0
1,0	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%
0,9	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
0,8	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
0,7	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
0,6	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
0,5	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
0,4	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
0,3	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
0,2	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%
0,1	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%
0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%

Uwaga: ostrość wzroku należy ocenić po korekcji szkłami zarówno w przypadku zmętnienia rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzeń siatkówki lub nerwu wzrokowego. Dwojenie wymagające podczas pracy zasłonięcia jednego oka odpowiada całkowitej utracie widzenia w jednym oku.

25		**Porażenie nastawności (akomodacji)**	
	098	Porażenie nastawności (akomodacji) bez zaburzeń ostrości wzroku po zastosowaniu szkieł korekcyjnych jednego oka	15%

26		**Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drążących, chemicznych, termicznych, elektrycznych lub wskutek nagłego działania pola elektromagnetycznego – bez upośledzenia ostrości wzroku**	
	099	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – blizny rogówki	1%
	100	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce oczodołu	5%
	101	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe	10%
27		**Pourazowe zwężenie pola widzenia**	
	102	Tabela oceny zwężenia pola widzenia	

Zwężenie do stopni	przy nienaruszonym drugim oku	w obojgu oczach	przy całkowitej utracie widzenia w drugim oku
60	0%	0%	35%
50	5%	10%	45%
40	10%	20%	55%
30	15%	40%	65%
20	20%	60%	75%
10	25%	75%	85%
poniżej 10	35%	90%	100%

28		**Niedowidzenia połowicze**	
	103	Niedowidzenia połowicze – dwuskroniowe	60%
	104	Niedowidzenia połowicze – dwunosowe	30%
	105	Niedowidzenia połowicze – jednoimienne górne	10%
	106	Niedowidzenia połowicze – jednoimienne dolne	30%
	107	Inne jednooczne ubytki pola widzenia	5%
29		**Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji**	
	108	Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – jednego oka – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji	15%
30		**Zaburzenia drożności przewodów łzowych**	
	109	Zaburzenia drożności przewodów łzowych w jednym oku	8%
31		**Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek**	
	110	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – niewielkie zmiany	3%
	111	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – duże zmiany – udokumentowane co najmniej 6-miesięcznym leczeniem okulistycznym	8%
32	**112**	**Zaćma pourazowa, pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość, jaskra pourazowa, odwarstwienie siatkówki pourazowe – z zaburzeniami ostrości wzroku i pola widzenia**	Ocena wg tabel ostrości wzroku i pola widzenia
33		**Utrata gałki ocznej**	
	113	Jednego oka (wartość uszczerbku obejmuje utratę widzenia wg tabeli z pozycji 097)	38%
	114	Obojga oczu	100%
Uwaga: suma uszczerbków w zakresie jednego oka nie może przekroczyć 38%.			
E	**NARZĄD SŁUCHU i RÓWNOWAGI**		
34		**Uszkodzenia małżowin usznych**	
	115	Zniekształcenie małżowiny usznej	5%
	116	Utrata całkowita jednej małżowiny	15%
	117	Utrata obu małżowin	30%
35		**Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego**	
	118	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – jednostronne	4%
	119	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – obustronne	8%
	120	Powikłania po przewlekłym ropnym zapaleniu ucha środkowego: perlak, polip, zmiany kostne – dodatkowo	6%

36		**Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne**	
	121	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne – bez upośledzenia słuchu	3%
37		**Uszkodzenie ucha wewnętrznego**	
	122	Uszkodzenie części słuchowej ucha wewnętrznego	Ocena wg tabeli upośledzenia słuchu
	123	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – niewielkie zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi	10%
	124	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – umiarkowanie nasilone zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi	20%
	125	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – znaczne zawroty głowy z zaburzeniami równowagi utrudniającymi chodzenie, nudności, wymioty	40%
38	**126**	**Upośledzenie słuchu na skutek: ostrego urazu akustycznego, złamań kości w obrębie ucha środkowego, mechanicznych uszkodzeń nerwu słuchowego, ciężkich urazów głowy, upośledzenia drożności zewnętrznego przewodu słuchowego – ocena na podstawie audiogramu**	

Tabela upośledzenia słuchu

ucho lewe \ ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	powyżej 70 dB
0 – 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 – 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 – 70 dB	10%	20%	30%	40%
powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%

Uwaga: przy ocenie uszczerbku oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz.
Jeśli różnica pomiędzy wartościami 500 Hz i 2000 Hz przekracza 40 dB, ubytek słuchu oblicza się ze średniej z 4 progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz.

F		**SZYJA, GARDŁO, KRTAŃ, TCHAWICA, PRZEŁYK**	
39		**Uszkodzenie szyi**	
	127	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości szyi i głowy	10%
	128	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi ze znacznym ograniczeniem ruchomości i przymusowym ustawieniem głowy	25%
40		**Uszkodzenie gardła**	
	129	Uszkodzenia gardła z niewielkim upośledzeniem funkcji	5%
	130	Uszkodzenia gardła ze znacznym upośledzeniem funkcji	15%
41		**Uszkodzenie krtani**	
	131	Uszkodzenie krtani – niewielkie zwężenie, przewlekła chrypka	10%
	132	Zwężenie krtani – ze świstem krtaniowym, dusznością wysiłkową	20%
	133	Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i zaburzeniem głosu	40%
	134	Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i bezgłosem	60%

Uwaga: uszkodzenie krtani powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych lub endoskopowych.

42		**Uszkodzenie tchawicy**	
	135	Uszkodzenie tchawicy – z niewielkim zwężeniem, bez duszności	5%
	136	Uszkodzenie tchawicy – ze zwężeniem i dusznością wysiłkową	20%
	137	Uszkodzenie tchawicy – ze znacznym zwężeniem i dusznością spoczynkową	60%

Uwaga: uszkodzenie tchawicy powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych lub endoskopowych.

43		**Uszkodzenie przełyku**	
	138	Uszkodzenie przełyku – ze zwężeniem, bez zaburzeń funkcji	5%
	139	Zwężenie przełyku – z zaburzeniami połykania, bez upośledzenia stanu odżywienia	10%
	140	Zwężenie przełyku – z zaburzeniami połykania i upośledzeniem stanu odżywienia	30%
	141	Niedrożność całkowita przełyku – stała przetoka żołądkowa	80%

Uwaga: przy ocenie skutków urazu przełyku niezbędna jest dokumentacja z leczenia specjalistycznego zawierająca wyniki badań obrazowych i endoskopowych.

G	KLATKA PIERSIOWA		
44		**Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu**	
	142	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu niewielkim	10%
	143	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu umiarkowanym	20%
	144	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu znacznym	40%
45		**Utrata całkowita brodawki sutkowej lub sutka**	
	145	Całkowita utrata brodawki sutkowej u mężczyzny	5%
	146	Całkowita utrata brodawki sutkowej u kobiety	10%
	147	Całkowita utrata jednego sutka u mężczyzny	20%
	148	Całkowita utrata jednego sutka u kobiety	25%
Uwaga: w przypadku częściowej utraty brodawki sutkowej lub sutka oceny dokonuje się przy zastosowaniu pkt. 45 oraz pozycji 145-148 adekwatnych dla całkowitej utraty brodawki i sutka, przy czym wartość uszczerbku odpowiada połowie wartości przewidzianej za całkowitą utratę.			
46		**Złamanie żeber i mostka**	
	149	Złamanie jednego żebra – za każde żebro	1%
	150	Złamanie wielu żeber – ze zniekształceniami i trwałym zmniejszeniem wydolności oddechowej w stopniu umiarkowanym lub znacznym potwierdzonym co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną	25%
	151	Złamanie mostka – bez zniekształceń	3%
	152	Złamanie mostka wygojone ze znacznym zniekształceniem	8%
	153	Powikłania po złamaniu żeber lub mostka: przewlekłe zapalenie kości z obecnością przetok – dodatkowo	10%
Uwaga: złamanie żeber i mostka powinno być potwierdzone badaniem radiologicznym.			
47		**Pourazowe przepukliny przeponowe**	
	154	Pourazowe przepukliny przeponowe – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	155	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przełyku lub żołądka	10%
	156	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną	20%
	157	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną oraz zaburzeniami krążenia (ocena wg klasyfikacji NYHA)	40%
48		**Uszkodzenie płuca i opłucnej**	
	158	Uszkodzenie płuc, opłucnej – bez zmniejszenia wydolności oddechowej	5%
	159	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej niewielkiego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 70-80% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	10%
	160	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej średniego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 50-70% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	20%
	161	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej znacznego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC < 50% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	40%
	162	Uszkodzenie płuc, opłucnej – powikłanie przetokami oskrzelowymi lub ropniami płuc – dodatkowo	15%
49		**Uszkodzenia serca i osierdzia**	
	163	Uszkodzenie serca, osierdzia – z wydolnym układem krążenia	10%
	164	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami wyrównanej niewydolności układu krążenia (I° – wg NYHA, EF > 50%, niewielkie zaburzenia kurczliwości)	15%
	165	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (II° – wg NYHA, EF 46-50%)	30%
	166	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (III° – wg NYHA, EF 35-45%)	50%
	167	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (IV° – wg NYHA, EF <35%)	80%

Klasyfikacja NYHA – do oceny stanu czynnościowego serca
Klasa I: choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca ani bólów wieńcowych
Klasa II: choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe
Klasa III: choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe
Klasa IV: choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort
EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY: ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca.
Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

H	JAMA BRZUSZNA		
50		**Uszkodzenie powłok jamy brzusznej**	
	168	Przetoki skórne, przewlekle powikłania ropne, znaczne ubytki skórne i mięśniowe	10%
51		**Uszkodzenia żołądka, jelita, sieci, krezki**	
	169	Uszkodzenie bez trwałych zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
	170	Uszkodzenie z niewielkimi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i dostatecznym stanem odżywienia	10%
	171	Uszkodzenie z zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i niedożywieniem	30%
	172	Uszkodzenie z koniecznością żywienia pozajelitowego	50%
52		**Przetoki jelitowe, odbyt sztuczny**	
	173	Czasowe przetoki jelita cienkiego	10%
	174	Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące niewielkie zanieczyszczanie się, bez zmian zapalnych skóry wokół przetoki, z dobrym stanem odżywiania	30%
	175	Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące znaczne zanieczyszczanie się, ze zmianami zapalnymi skóry wokół przetok lub z niedostatecznym stanem odżywiania	60%
	176	Czasowe przetoki jelita grubego	10%
	177	Trwałe przetoki jelita grubego powodujące niewielkie zanieczyszczanie się	20%
	178	Trwałe przetoki jelita grubego powodujące znaczne zanieczyszczanie się	50%
53		**Uszkodzenia odbytnicy, zwieracza odbytu**	
	179	Pełnościenne uszkodzenie odbytnicy bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	180	Wypadanie błony śluzowej odbytnicy / przetoka okołoodbytnicza	10%
	181	Wypadanie całkowite odbytnicy	30%
	182	Uszkodzenie zwarcia odbytu niepowodujące nietrzymania gazów i stolca (blizny, zwężenie)	15%
	183	Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące trwałe nietrzymanie gazów i stolca	50%
54		**Uszkodzenia wątroby, pęcherzyka i przewodów żółciowych**	
	184	Uszkodzenie – bez trwalych zaburzeń funkcji – leczone zachowawczo w szpitalu	5%
	185	Uszkodzenie z umiarkowanym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa B w klasyfikacji Childa–Pugha) lub dróg żółciowych	15%
	186	Uszkodzenie ze znacznym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa C w klasyfikacji Childa–Pugha) lub dróg żółciowych	30%
	187	Uszkodzenie – z resekcją części wątroby / dróg żółciowych – bez upośledzenia funkcji wątroby lub dróg żółciowych	10%
	188	Uszkodzenie z resekcją części wątroby / dróg żółciowych z upośledzeniem funkcji wątroby lub dróg żółciowych	30%

Klasyfikacja zaburzeń funkcji wątroby wg Childa–Pugha

Badany parametr	Punkty		
	1	2	3
Albumina w surowicy (g/dl)	Powyżej 3,5	3,5-2,8	Poniżej 2,8
Bilirubina w surowicy (mg/dl)	Poniżej 2	2-3	Powyżej 3
Czas protrombinowy (sek. powyżej normy)	Do 4	4-6	Powyżej 6
Wodobrzusze	Brak	+	++
Encefalopatia	Brak	I°-II°	III°-IV°
Suma punktów	5-6	7-9	10-15
Grupa	A	B	C

55		**Uszkodzenia trzustki**	
	189	Uszkodzenie trzustki – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	190	Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją trzustki – bez zaburzeń jej funkcji	10%
	191	Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją i umiarkowanymi zaburzeniami funkcji	30%
	192	Uszkodzenie trzustki – z całkowitą resekcją i znacznym zaburzeniem funkcji	60%
56		**Uszkodzenie śledziony**	
	193	Pęknięcie śledziony potwierdzone badaniem obrazowym – leczone zachowawczo w szpitalu	4%
	194	Pęknięcie śledziony leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	8%
	195	Usunięcie uszkodzonej śledziony	15%
57		**Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy**	
	196	Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie	10%
I	**NARZĄDY MOCZOWO-PŁCIOWE**		
58		**Uszkodzenia nerek**	
	197	Uszkodzenie jednej nerki – bez trwałego upośledzenia funkcji	5%
	198	Uszkodzenie jednej nerki z trwałym upośledzeniem funkcji	10%
	199	Uszkodzenie obu nerek z trwałym upośledzeniem funkcji	20%
	200	Utrata jednej nerki przy prawidłowo działającej drugiej nerce	30%
	201	Utrata jednej nerki z upośledzeniem funkcji drugiej nerki	50%
	202	Utrata obu nerek	80%
59		**Uszkodzenie moczowodu**	
	203	Uszkodzenie moczowodu – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	204	Uszkodzenie moczowodu – z trwałymi zaburzeniami funkcji układu moczowego	15%
60		**Uszkodzenie pęcherza moczowego**	
	205	Uszkodzenie pęcherza – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	206	Uszkodzenie pęcherza – z trwałymi zaburzeniami funkcji	15%
61		**Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego**	
	207	Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym	25%
	208	Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu znacznym	50%
62		**Zwężenie cewki moczowej**	
	209	Uszkodzenie cewki moczowej z niewielkimi utrwalonymi zaburzeniami oddawania moczu	10%
	210	Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	20%
	211	Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu oraz przewlekłym zakażeniem	30%
63		**Utrata prącia**	
	212	Całkowita utrata prącia	40%
	213	Częściowa utrata prącia	20%
64		**Uszkodzenia jąder**	
	214	Wodniak pourazowy jądra	5%
	215	Utrata jądra	20%
65		**Utrata jajnika**	
	216	Utrata jednego jajnika	20%
66		**Uszkodzenie macicy**	
	217	Utrata częściowa lub znaczne uszkodzenie macicy	15%
	218	Utrata całkowita macicy	40%

67		**Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków**	
	219	Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków – przetrwały zespół bólowy, małe deformacje	2%
	220	Uszkodzenia powodujące wypadanie pochwy	10%
	221	Uszkodzenie powodujące wypadanie pochwy i macicy	30%
J	**KRĘGOSŁUP I RDZEŃ KRĘGOWY**		
68		**Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego**	
	222	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z niewielką dysfunkcją	3%
	223	Złamanie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy	5%
	224	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
	225	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
	226	Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z całkowitym jego zesztywnieniem i niekorzystnym ustawieniem głowy	40%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 40%.			
69		**Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego**	
	227	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	2%
	228	Złamanie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	4%
	229	Złamanie, zwichnięcie w obrębie kręgosłupa piersiowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 1/2 normy	8%
	230	Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z całkowitym jego zesztywnieniem i zniekształceniami	20%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 20%.			
70		**Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego**	
	231	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	2%
	232	Złamanie w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy	5%
	233	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
	234	Złamanie, zwichnięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
	235	Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z całkowitym jego zesztywnieniem, zniekształceniami i niekorzystnym ustawieniem tułowia	40%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego nie może przekroczyć 40%.			
71		**Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościstych i poprzecznych**	
	236	Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościstych i poprzecznych za każdy wyrostek	1%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku orzekanego według pozycji 236 wynosi 5%.			
72		**Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe**	
	237	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bólowe	5%
	238	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów	8%
	239	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia	15%
	240	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia	25%
	241	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bólowe	5%
	242	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bóle i zaburzenia czucia	7%
	243	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bólowe	5%
	244	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów	8%
	245	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia	15%
	246	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia	25%

	247	Bóle guziczne, w tym złamanie kości guzicznej	4%
73		**Uszkodzenie rdzenia kręgowego**	
	248	Porażenie kończyn górnych lub dolnych (0°-1° wg Lovetta) lub głęboki niedowład czterokończynowy (2° wg Lovetta)	100%
	249	Głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° wg Lovetta), niedowład czterokończynowy (3° wg Lovetta)	80%
	250	Umiarkowany niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° wg Lovetta)	60%
	251	Niewielki niedowład kończyn górnych (4° wg Lovetta) lub dolnych (4° wg Lovetta) z zaburzeniami funkcji zwieraczy i narządów płciowych	40%
	252	Niewielki niedowład kończyn górnych lub dolnych (4° wg Lovetta)	20%
	253	Porażenie lub głęboki niedowład jednej kończyny (0°-2° wg Lovetta), zespół stożka rdzenia	30%
	254	Niedowład jednej kończyny górnej (3° wg Lovetta)	20%
	255	Niedowład jednej kończyny górnej (4° wg Lovetta)	15%
	256	Niedowład jednej kończyny dolnej (3° wg Lovetta)	15%
	257	Niedowład jednej kończyny dolnej (4° wg Lovetta)	10%
	258	Izolowane porażenie / niedowład pęcherza moczowego i odbytu po uszkodzeniu rdzenia na poziomie S2-S4	15%

Uwaga: jeśli skutki urazu nakładają się na istniejące przed urazem choroby kręgosłupa (zwyrodnienie, dyskopatie, wady kręgosłupa, osteoporoza, inne przewlekłe choroby kręgów), wartość przyznanego uszczerbku zostanie zmniejszona o:
20% – przy zmianach chorobowych na tym samym poziomie kręgosłupa,
40% – przy zmianach chorobowych wielomiejscowych w tym samym odcinku kręgosłupa,
60% – przy zmianach kostnych uogólnionych (np. osteoporoza).
Za pourazową uważa się przepuklinę jądra miażdżystego dokonaną (tzn. z uszkodzeniem pierścienia włóknistego) w następstwie dźwignięcia nadmiernego ciężaru, urazu bezpośredniego lub urazu komunikacyjnego. Taki mechanizm powstania przepukliny musi wynikać zarówno z opisu zdarzenia, jak i z dokumentacji medycznej. Nadmierny ciężar, przy przeciętnej budowie ciała, to: dla kobiet: więcej niż 30 kg, dla mężczyzn: więcej niż 50 kg.

K	**KOŃCZYNA GÓRNA**		
74		**Uszkodzenia łopatki**	
	259	Złamanie łopatki wygojone – bez istotnych zaburzeń funkcji	5%
	260	Złamanie łopatki wygojone z niewielkim upośledzeniem funkcji	8%
	261	Złamanie łopatki wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i upośledzeniem funkcji	15%
	262	Złamanie łopatki wygojone z dużymi przemieszczeniami i dużym upośledzeniem funkcji	30%
75		**Uszkodzenia obojczyka**	
	263	Złamanie obojczyka wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
	264	Złamanie obojczyka wygojone z niewielkim zaburzeniem ruchomości (do 1/3 normy)	5%
	265	Złamanie obojczyka wygojone z umiarkowanym zaburzeniem ruchomości (od 1/3 do 2/3 normy)	10%
	266	Złamanie obojczyka wygojone ze znacznym zaburzeniem ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
	267	Staw rzekomy obojczyka – dodatkowo	10%
	268	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – niewielkie ograniczenie ruchów	5%
	269	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – ze znacznym ograniczeniem ruchów, zdolności dźwigania i zniekształceniem	15%
	270	Powikłania po urazie obojczyka: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%
76		**Uszkodzenia barku**	
	271	Skręcenie stawu barkowego – z zespołem bólowym lub dyskretną dysfunkcją	2%
	272	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – niewielkie ograniczenie ruchomości (do 1/3 normy)	5%
	273	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – średnie ograniczenie ruchomości (1/3-2/3 normy)	10%
	274	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – znaczne ograniczenie ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
	275	Całkowite zesztywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo korzystne	30%
	276	Całkowite zesztywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo niekorzystne	40%
	277	Powikłania po urazie barku: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%

	278	Utrata kończyny w barku	75%
	279	Utrata kończyny wraz z łopatką	80%
77		**Uszkodzenia ramienia**	
	280	Złamanie trzonu kości ramiennej – wygojone bez przemieszczenia ani zaburzeń funkcji	5%
	281	Złamanie kości ramiennej wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	10%
	282	Złamanie kości ramiennej wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	15%
	283	Złamanie kości ramiennej wygojone ze znacznym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	20%
	284	Powikłania po złamaniu kości ramiennej: przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu – dodatkowo	10%
	285	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z niewielkim upośledzeniem funkcji	5%
	286	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z umiarkowanym upośledzeniem funkcji	8%
	287	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – ze znacznym upośledzeniem funkcji	15%
	288	Utrata kończyny w obrębie ramienia	70%
78		**Uszkodzenia stawu łokciowego**	
	289	Skręcenie, stłuczenie stawu łokciowego z niewielkim zniekształceniem lub przewlekłym zespołem bólowym	2%
	290	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości stawu do 1/3 normy	5%
	291	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
	292	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego i głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
	293	Całkowite zesztywnienie stawu łokciowego w wyniku jego złamań	30%
	294	Powikłania po złamaniu w stawie łokciowym: przewlekły stan zapalny, przetoki – dodatkowo	5%
	295	Utrata kończyny na wysokości stawu łokciowego	65%
79		**Uszkodzenia przedramienia**	
	296	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka do 1/3 normy	5%
	297	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
	298	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka powyżej 2/3 normy	20%
	299	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z niewielkim zaburzeniem funkcji	5%
	300	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z umiarkowanymi zaburzeniami funkcji	12%
	301	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia wygojone z dużymi zaburzeniami funkcji	25%
	302	Izolowane uszkodzenie mięśni, ścięgien, naczyń w obrębie przedramienia z upośledzeniem funkcji	10%
	303	Powikłania po urazie przedramienia: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, staw rzekomy – dodatkowo	5%
	304	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	60%
80		**Uszkodzenia nadgarstka**	
	305	Skręcenie, stłuczenie stawu nadgarstkowego z niewielkim zniekształceniem lub przewlekłym zespołem bólowym	2%
	306	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości do 1/3 zakresu normy	5%
	307	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
	308	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 zakresu normy	20%
	309	Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka w wyniku złamań stawu	30%
	310	Powikłania po uszkodzeniu nadgarstka: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, zespół cieśni nadgarstka – dodatkowo	5%
	311	Utrata ręki w nadgarstku	55%

Uwaga: w przypadku współistniejących uszkodzeń nerwów przy ocenie stopnia uszczerbku z pozycji 272-309 dodatkowo uwzględnia się połowę wartości uszczerbku przewidzianej za uszkodzenie nerwów całkowite lub częściowe w pkt. 14.
Maksymalna wartość uszczerbku za uszkodzenia kończyny górnej nie może przekraczać wartości uszczerbku za jej utratę na odpowiedniej wysokości.

81		**Uszkodzenia śródręcza, kciuka**	
	312	Uszkodzenie ścięgien śródręcza lub kciuka z niewielkim upośledzeniem ruchomości palca	3%
	313	Uszkodzenie ścięgien śródręcza lub kciuka z umiarkowanym upośledzeniem ruchomości palca	6%
	314	Uszkodzenie ścięgien śródręcza lub kciuka ze znacznym upośledzeniem ruchomości palca	10%
	315	Złamanie II, III, IV lub V kości śródręcza po wygojeniu: nieprzemieszczone lub bez ograniczenia ruchomości palców	2%
	316	Złamanie II, III, IV lub V kości śródręcza po wygojeniu: przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości palców	4%
	317	Wykręcenie w stawie śródręczno-paliczkowym lub międzypaliczkowym kciuka z ograniczeniem ruchomości	3%
	318	Złamania i zwichnięcia I kości śródręcza – bez przemieszczenia lub ograniczenia ruchomości kciuka	3%
	319	Złamania i zwichnięcia I kości śródręcza – z przemieszczeniem utrwalonym lub z ograniczeniem ruchomości kciuka	5%
	320	Złamanie jednego paliczka kciuka: nieprzemieszczone, bez zaburzeń ruchomości	3%
	321	Złamanie jednego paliczka kciuka: trwale przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości	5%
	322	Utrata opuszki kciuka, trwała utrata płytki paznokciowej, powikłania neurologiczne lub naczyniowe	2%
	323	Utrata paliczka paznokciowego kciuka	6%
	324	Utrata paliczka paznokciowego z 1/3 paliczka podstawowego kciuka	10%
	325	Utrata obu paliczków lub bezużyteczność kciuka	20%
	326	Utrata obu paliczków kciuka z kością śródręcza	25%
Uwaga: o stopniu zaburzeń czynności kciuka decyduje zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu. Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia kciuka wynosi 20%.			
82		**Uszkodzenia palca wskazującego**	
	327	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone bez przemieszczenia i bez trwałych zaburzeń ruchomości – za każdy paliczek	1,5%
	328	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone z przemieszczeniem i trwałym ograniczeniem ruchomości – za każdy paliczek	3%
	329	Wykręcenie palca wskazującego – z ograniczeniem ruchomości	2%
	330	Utrata opuszki lub płytki paznokciowej palca wskazującego	2%
	331	Utrata paliczka palca wskazującego – za każdy paliczek	5%
	332	Utrata palca wskazującego z kością śródręcza	20%
	333	Niewielkie ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	3%
	334	Umiarkowane ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	6%
	335	Znaczne ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	10%
	336	Powikłania neurologiczne, naczyniowe po uszkodzeniu palca wskazującego – dodatkowo	3%
	337	Bezużyteczność palca wskazującego	15%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca wskazującego wynosi 15%.			
83		**Uszkodzenia palca III, IV, V**	
	338	Utrata paliczka palca III, IV, V za każdy paliczek	3%
	339	Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	12%
	340	Złamanie paliczka palca III, IV, V – za każdy paliczek	2%
	341	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z niewielkim ograniczeniem ruchomości palca	1,5%
	342	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości palca	3%
	343	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V ze znacznym ograniczeniem ruchomości palca	5%
	344	Bezużyteczność palca graniczqca z utratą – za każdy palec	10%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca III, IV, V wynosi 10% za każdy palec. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać 55%.			

L	**MIEDNICA**		
84		**Pourazowe utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego**	
	345	Uszkodzenia niewielkiego stopnia – bez zaburzeń chodu	5%
	346	Uszkodzenia umiarkowanego stopnia – z zespołem bólowym i niewielkimi zaburzeniami chodu	10%
	347	Uszkodzenia znacznego stopnia – ze skróceniem kończyny ponad 3 cm i dużymi zaburzeniami chodu	25%
85		**Złamania, zwichnięcia miednicy jedno- lub wielomiejscowe**	
	348	Złamanie kości łonowej, kulszowej: jednostronne	5%
	349	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – bez zaburzeń chodu ani statyki	10%
	350	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – z zaburzeniami chodu i statyki	20%
	351	Złamanie izolowane – talerz biodrowy, kolec biodrowy, guz kulszowy	5%
	352	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie I° z niewielkim ograniczeniem funkcji	10%
	353	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie II° ze średnim ograniczeniem funkcji	15%
	354	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie III° z dużym ograniczeniem funkcji	30%
M	**KOŃCZYNA DOLNA**		
86		**Uszkodzenia biodra**	
	355	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich do 1/3 zakresu normy	5%
	356	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich w zakresie 1/3-2/3 normy	10%
	357	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich powyżej 2/3 zakresu normy	30%
	358	Całkowite zesztywnienie stawu biodrowego	50%
	359	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami niewielkiego stopnia (deficyt ruchów do 1/3 zakresu normy, skrócenie kończyny do 2 cm, niewielkie zniekształcenie / przemieszczenie)	10%
	360	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami średniego stopnia (deficyt ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy, skrócenie od 2 do 4 cm, umiarkowane zniekształcenie / przemieszczenie)	20%
	361	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami dużego stopnia (deficyt ruchów powyżej 2/3 zakresu normy, skrócenie powyżej 4 cm, duże przemieszczenie / zniekształcenie, przewlekłe zapalenie kości, przetoki)	40%
	362	Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości umiarkowanym	20%
	363	Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości znacznym	40%
	364	Utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	80%
87		**Uszkodzenia uda**	
	365	Złamanie kości udowej – z niewielkimi zmianami	7%
	366	Złamanie kości udowej – ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, umiarkowanym upośledzeniem chodu	15%
	367	Złamanie kości udowej – z ograniczeniem ruchów w stawach sąsiednich – z ciężkimi zmianami, zapaleniem kości, przetokami, skróceniem kończyny ponad 6 cm, znacznym upośledzeniem chodu	30%
	368	Utrwalone ubytki kości udowej, stawy rzekome, zapalenie kości, przetoki uniemożliwiające obciążanie kończyny	50%
	369	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu niewielkim	2%
	370	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu umiarkowanym	5%
	371	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu znacznym	10%
	372	Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe, zmiany troficzne uda – z trwałymi zaburzeniami funkcji	12%
	373	Utrata kończyny na poziomie 1/3 bliższej	70%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia uda wynosi 70%.			
88		**Uszkodzenia kolana**	
	374	Izolowane złamanie lub zwichnięcie rzepki, bez ograniczeń ruchomości stawu	2%
	375	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – małe koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów do 1/3 zakresu normy	5%

	376	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – średnie koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
	377	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – duże koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów powyżej 2/3 zakresu normy	20%
	378	Pełne zesztywnienie stawu kolanowego w następstwie złamań nasad tworzących staw kolanowy	30%
	379	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa I°	5%
	380	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa II° lub dwupłaszczyznowa niestabilność I°	10%
	381	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa niestabilność II°	15%
	382	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność dwupłaszczyznowa III°	20%
	383	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność wielopłaszczyznowa II° lub III°	30%
	384	Częściowe usunięcie łąkotki	2%
	385	Całkowite uszkodzenie łąkotki	5%
	386	Inne skutki urazów stawu kolanowego – nawracające stany zapalne, ropne, troficzne, chondromalacja	1% – 5%
	387	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	60%
89		**Uszkodzenia podudzia**	
	388	Złamanie kości podudzia – wygojone bez przemieszczeń ani zniekształceń, z ograniczeniem ruchomości w stopniu niewielkim	5%
	389	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny do 3 cm, ograniczeniem ruchomości w stopniu umiarkowanym	10%
	390	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, z ograniczeniem ruchomości w stopniu znacznym	20%
	391	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, zmianami wtórnymi – ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z dużym upośledzeniem chodu	30%
	392	Izolowane złamanie strzałki bez kostki bocznej	3%
	393	Zakrzepica żył głębokich wikłająca gojenie urazów podudzia	5%
	394	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – z niewielkim ograniczeniem ruchomości stopy	5%
	395	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze średnim ograniczeniem ruchomości stopy	10%
	396	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze znacznym ograniczeniem ruchomości stopy	20%
	397	Utrata podudzia	50%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia podudzia wynosi 70%.			
90		**Uszkodzenia stopy i stawów skokowych**	
	398	Skręcenie stawu skokowego – z przewlekłym, niewielkim obrzękiem lub dyskretną dysfunkcją	2%
	399	Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – z niewielkim ograniczeniem ruchomości	5%
	400	Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – ze średnim ograniczeniem ruchomości	10%
	401	Uszkodzenia stawu skokowego w następstwie złamania kości tworzących staw, wykręceń, zwichnięć, zranień, ciał obcych i blizn ze znacznym ograniczeniem ruchomości	20%
	402	Powikłania po uszkodzeniu stawu skokowego: zapalenie kości, stawów, przetoki, martwica aseptyczna, zmiany neurologiczne – dodatkowo	5%
	403	Złamanie kości piętowej lub skokowej bez przemieszczeń – wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
	404	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – niewielkiego stopnia	5%
	405	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – średniego stopnia	10%
	406	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – znacznego stopnia	20%
	407	Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone bez przemieszczeń	3%
	408	Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone z przemieszczeniami lub zaburzeniami funkcji	5%

	409	Inne trwałe zmiany dynamiki stopy (bez stawu skokowego) – w następstwie skręceń, uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-5%
	410	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia	25%
	411	Utrata kości piętowej lub skokowej w całości	30%
	412	Utrata stopy w całości	40%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia stopy wynosi 40%.			
91		**Uszkodzenia palców stopy**	
	413	Złamanie jednego paliczka, utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej palucha	1%
	414	Utrata paliczka paznokciowego palucha	3%
	415	Utrata całego palucha	7%
	416	Utrata palucha wraz z kością śródstopia	15%
	417	Inne trwałe zaburzenia funkcji palucha w następstwie uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-6%
	418	Trwała utrata płytki paznokciowej palców II-V – za jeden palec	0,5%
	419	Złamania, niewielkie trwałe uszkodzenia, częściowa utrata palców od II do V – za jeden palec	1%
	420	Znaczne trwałe uszkodzenia i całkowita utrata palców od II do V – za jeden palec	2%
	421	Utrata jednego z palców II-V z kością śródstopia – za każdy palec	8%
N	**SKÓRA**		
92		**Blizny**	
	422	Blizny skóry poniżej 3 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	0,5%
	423	Blizny skóry od 3 cm do 4,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	1%
	424	Blizny skóry od 5 cm do 9,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	2%
	425	Blizny skóry od 10 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	5%
Uwaga: ocenie podlegają wyłącznie blizny będące bezpośrednim następstwem urazu. Blizny pooperacyjne oceniane są razem ze skutkami urazu w ramach pozycji Tabeli właściwych dla tych następstw.			
93		**Następstwa oparzeń skóry stopnia I**	
	426	Następstwa oparzeń skóry w postaci przebarwień powyżej 1% TBSA	2%
94		**Następstwa oparzeń skóry od stopnia II**	
	427	Następstwa oparzeń skóry owłosionej głowy za każdą bliznę powyżej 10 cm^2	5%
	428	Następstwa oparzeń skóry twarzy za każdą bliznę powyżej 10 cm^2	10%
	429	Następstwa oparzeń skóry szyi za każdą bliznę powyżej 10 cm^2	10%
	430	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców do 1% TBSA	5%
	431	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 1% i nie więcej niż 5% TBSA	10%
	432	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 5% TBSA	20%
	433	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych do 0,5% TBSA	1%
	434	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA	3%
	435	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 1,5% i nie więcej niż 5% TBSA	10%
	436	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 5% TBSA	15%
	437	Następstwa oparzeń skóry dłoni do 0,5% TBSA	1%
	438	Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA	5%
	439	Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 1,5% TBSA	10%
Uwaga: ocenie z pozycji 427-439 podlegają wyłącznie skutki oparzeń od stopnia II. Trwałe zaburzenia funkcji narządów lub kończyn w wyniku oparzenia należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli, najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia. TBSA (ang. total body surface area) – całkowita powierzchnia ciała			

O	**SKUTKI NAGŁEGO DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH, BIOLOGICZNYCH**		
95		**Skutki nagłego działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych**	
	440	Skutki nagłego działania czynników chemicznych lub fizycznych (z utratą przytomności lub reakcją anafilaktyczną lub hospitalizacją)	5%
	441	Skutki nagłego działania czynników biologicznych (z hospitalizacją i wystąpieniem deficytów neurologicznych)	5%
Uwaga: trwałe zaburzenia funkcji narządów lub układów w wyniku działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia.			
P	**INNE SKUTKI URAZÓW**		
96		**Inne skutki urazów**	
	442	Skutki urazów, które wymagały leczenia i rehabilitacji przez okres dłuższy niż: - 3 miesiące - jeśli w dniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony miał mniej niż 18 lat, - 6 miesięcy - w przypadku pozostałych Ubezpieczonych, o ile nie pozostawiły one trwałych następstw i w związku z tym Ubezpieczonemu nie przysługuje żadne inne świadczenie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu.	1%

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 20 kwietnia 2022 r. i wszedł w życie 1 czerwca 2022 r.

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Wypadkowy”

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz w razie wypadku?

- **Pomoc w diagnostyce i leczeniu**
  Zorganizujemy i opłacimy 10 świadczeń medycznych, takich jak m.in.: konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, badania specjalistyczne, w tym: RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.
- **Wsparcie assistance w leczeniu i powrocie do zdrowia**
  Zapewnimy m.in.: transport medyczny, rehabilitację (do 30 zabiegów), organizację i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz dostęp przez 6 miesięcy do Neuroformy – platformy, która ułatwia rehabilitację.
- **Organizacja i pokrycie kosztów zabiegu operacyjnego**
  Pokryjemy koszty nawet do **20 000 zł.**
- **Pokrycie kosztów operacji plastycznej**
  Pokryjemy koszty do **8000 zł.**

Warto wiedzieć

„Assistance Wypadkowy” możesz też zakupić dla swojego dziecka i partnera.

Jak skorzystać z assistance?

Wszystkie informacje znajdziesz na stronie allianz.pl

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY” (ANNW/TZ/4/2025)

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

ZYTZTZIANNW-C03 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY" (ANNW/TZ/4/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

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

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych)
3. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego i nie jest członkiem jego rodziny
4. **Leki** – przepisane przez lekarza Ubezpieczonemu:
   a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej" oraz
   b) leki recepturowe,
   których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
5. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
6. **Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
7. **Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej** – stan zagrożenia życia, który wskazujemy poniżej i który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego:
   a) zatrucie lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utrata przytomności, omdlenie, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty,
   b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród,
   c) rozległe rany z krwawieniem, które są efektem urazu oraz urazy, które uniemożliwiają samodzielne poruszanie się,
   d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażeń i niedowładów,
   e) ciężka reakcja anafilaktyczna na ukąszenia, leki lub środki spożywcze
8. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
9. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia mu samodzielne funkcjonowanie
10. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
11. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; Ubezpieczenie nie obejmuje Transportu Medycznego z ośrodka opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka rehabilitacji, ośrodka sanatoryjnego lub wypoczynkowego, zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitala uzdrowiskowego ani szpitala uzdrowiskowo-rehabilitacyjnego oraz Transportu Medycznego na wizyty kontrolne ani dojazdu do poradni rehabilitacyjnej
12. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat (w przypadku Dziecka – mniej niż 18 lat) i
   b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
13. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna lub czynnościowa, która powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego, niezależnie od momentu jej rozpoznania
14. **Wykaz Procedur Medycznych** – Załącznik nr 1 do tego dokumentu, który zawiera procedury medyczne, objęte ubezpieczeniem
15. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
16. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
17. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe
18. **Zabieg Operacyjny** – operacja ortopedyczna, laryngologiczna lub chirurgiczna, której celem jest leczenie urazów doznanych przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Zabieg Operacyjny musi być przeprowadzany w warunkach bloku operacyjnego. Zabiegiem Operacyjnym nie jest zabieg:
   a) wykonywany w celu leczenia choroby nowotworowej,
   b) wykonywany w celach diagnostycznych,
   c) związany z leczeniem Wad Wrodzonych,

d) przeprowadzony w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków Nieszczęśliwych Wypadków,
e) cięcia cesarskiego.

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
   a) organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1, dla Ubezpieczonego, który w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi.
   Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:
   - zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 1, oraz
   - Wykaz Procedur Medycznych.

   b) organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance i telemedycyny, które wskazujemy w Tabeli nr 2, dla Ubezpieczonego, który w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:
   - zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 2 oraz
   - Wykaz Procedur Medycznych.

   c) w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, ubezpieczenie obejmuje także: organizację i pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do wysokości 8 000 zł w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego Wypadku. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.
3. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz w Wykazie Procedur Medycznych i które są realizowane:
   a) za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
   b) na terenie Polski.

Tabela nr 1 Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

Rodzaj świadczenia medycznego	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
1. Wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry w Placówce Medycznej lub miejscu pobytu Ubezpieczonego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) wraz z kosztami dojazdu lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry oraz kosztami jego honorarium, o ile nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej.	Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania, maksymalnie 10 świadczeń medycznych
Po uzyskaniu skierowania od Lekarza Prowadzącego:	
2. Konsultacja chirurga	
3. Konsultacja okulisty	
4. Konsultacja otolaryngologa	
5. Konsultacja neurologa	
6. Konsultacja ortopedy	
7. Konsultacja kardiologa	
8. Konsultacja pulmonologa	
9. Konsultacja neurochirurga	
10. Konsultacja psychologa	
11. Konsultacja ginekologa	
12. Konsultacja hepatologa	
Świadczenia z pkt 13-19 są realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych:	
13. Zabiegi ambulatoryjne	
14. Diagnostyka laboratoryjna Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych badań na jednym skierowaniu, które wystawił Lekarz Prowadzący w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.	
16. Badania radiologiczne (RTG)	
17. Badania ultrasonograficzne (USG)	
18. Rezonans magnetyczny	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych
19. Tomografia komputerowa	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych

Tabela nr 2 Świadczenia assistance i telemedycyny dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
I. Świadczenia assistance dla Ubezpieczonego	
1. Organizacja i pokrycie kosztów Zabiegu Operacyjnego	20 000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty Zabiegu Operacyjnego, którego przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego.	
2. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	30 zabiegów
Zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji Ubezpieczonego, której przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego. W zależności od wyboru Ubezpieczonego mogą to być:	
a) wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo	
b) wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej,	
realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych.	
3. Transporty Medyczne Ubezpieczonego i osoby przez niego wskazanej	20 Transportów Medycznych
Jeśli nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego: a) z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt lub wizyta Ubezpieczonego w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego. b) z Placówki Medycznej do innej Placówki Medycznej, gdy Ubezpieczony zostanie skierowany na badania specjalistyczne lub Zabieg Operacyjny w innej Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego. c) do miejsca pobytu Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony przebywa w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
4. Pomoc psychologa	maksymalnie 3 wizyty lub zdalne konsultacje
Zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego, wizyt u psychologa lub zdalnych konsultacji z psychologiem, gdy – zgodnie ze skierowaniem od Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga skorzystania z pomocy psychologa.	
5. Leczenie stomatologiczne	2000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia stomatologicznego, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga takiego leczenia.	
6. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego	700 zł
Zapewnimy usługi, które wymieniamy niżej, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego:	
a) organizacja i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego i b) pokrycie kosztów zakupu albo wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
7. Zakup i dostarczenie Leków lub środków opatrunkowych	300 zł
Pokryjemy koszt zakupu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków i środków opatrunkowych, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga przyjmowania przepisanych Leków lub korzystania ze środków opatrunkowych.	
II. Telemedycyna	Maksymalnie 6 porad lekarskich w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony ubezpieczeniowej
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem czatu, które obejmują usługi wymienione w pkt a)-d). W ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy.	
a) wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	
b) zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	
c) zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość)	
d) zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.	

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
III. Infolinia medyczna	
W ramach infolinii medycznej zapewnimy telefoniczny dostęp do informacji dotyczących: a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych, b) diet, metod zdrowego żywienia, c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży, d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów, h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.	bez limitu

4. Ubezpieczenie w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:
   a) wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
   b) wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
   c) wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), które realizują świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).
5. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było 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.
6. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów, który wskazujemy w Tabeli nr 2, to zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem.
7. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznawiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

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

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, to ma obowiązek:
a) złożyć wniosek o realizację świadczenia wraz z dokumentami, które wskazujemy jako niezbędne do określenia, czy i w jakiej wysokości świadczenie jest należne,
b) współpracować z Centrum Operacyjnym w zakresie organizacji i realizacji świadczeń, w tym uzgodnienia miejsca realizacji świadczenia,
c) w przypadku, gdy Nieszczęśliwy Wypadek wydarzył się za granicą – dostarczyć dokumentację medyczną, która potwierdza zajście i okoliczności tego wypadku przetłumaczoną na język polski albo język angielski.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu lub w jakiej wysokości, potrzebujemy:
   a) wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
   c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
3. Zawiadomienie o zajściu Nieszczęśliwego Wypadku można złożyć:
   a) telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
   b) pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
   c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości, to spełniamy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełniamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
5. Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
6. Centrum Operacyjne w porozumieniu z Ubezpieczonym ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Zorganizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu:
   a) 10 dni roboczych w przypadku konsultacji z neurochirurgiem, pulmonologiem lub hepatologiem albo następującego badania specjalistycznego: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa,
   b) 5 dni roboczych w przypadku pozostałych konsultacji i badań specjalistycznych,

   od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu lub w jakiej wysokości.
7. Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Ubezpieczonym Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ubezpieczonego o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit kosztów lub świadczeń.

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

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, któremu uległ Ubezpieczony został spowodowany lub miał miejsce:
   a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
   b) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie 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,
   c) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
   d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.
   e) w związku z poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie takiego leczenia było zalecone przez Lekarza Prowadzącego,
   f) w wyniku zatrucia się przez Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
   g) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
   h) wskutek zakażenia wirusem HIV,
   i) w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego,
   j) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie Nieszczęśliwego Wypadku, lub prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Nieszczęśliwego Wypadku,
   k) wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
   l) wskutek leczenia eksperymentalnego Ubezpieczonego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
   m) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
2. Gdy na skutek Siły Wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assistance, o których mowa w Tabeli nr 2, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości limitów wskazanych w Tabeli nr 2.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
4. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 141/2025 i obwiązują od 20 września 2025 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY"

WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

	PROCEDURY MEDYCZNE
1.	ZABIEGI AMBULATORYJNE
1)	AMBULATORYJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE
a)	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
b)	Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
c)	Usunięcie szwów
d)	Zmiana opatrunku
e)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
f)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojczykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
g)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
h)	Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn
i)	Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych
j)	Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite
2)	AMBULATORYJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE
a)	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
3)	AMBULATORYJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE
a)	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
b)	Usunięcia ciała obcego lub złogu w obrębie układu łzowego, przewody łzowe
c)	Wstrzyknięcie podspojówkowe
4)	AMBULATORYJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE
a)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
b)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
c)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
d)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
e)	Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
f)	Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
g)	Zastosowanie gipsu biodrowego
h)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)
i)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)
j)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)
k)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)
l)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego
m)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny
n)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
o)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)
2.	DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

1)	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
2)	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
3)	Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
4)	Morfologia krwi obwodowej, retikulocytoza – ręcznie
5)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – nieautomatycznie
6)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – automatycznie
3.	BADANIA RADIOLOGICZNE
1)	Badanie radiologiczne – czaszka
2)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, jedna projekcja: czołowa PA
3)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, dwie projekcje: czołowa PA i boczna
4)	Badanie radiologiczne – żuchwa
5)	Badanie radiologiczne – układ kostny twarzy
6)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)
7)	Badanie radiologiczne – żebra, jednostronne
8)	Badanie radiologiczne – żebra, obustronne
9)	Badanie radiologiczne – mostek
10)	Badanie radiologiczne – staw lub stawy mostkowo-obojczykowe
11)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (całość), badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna
12)	Badanie radiologiczne – kręgosłup szyjny
13)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy), w pozycji stojącej (skolioza)
14)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowy)
15)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy)
16)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek lędźwiowo-krzyżowy)
17)	Badanie radiologiczne – miednica
18)	Badanie radiologiczne – stawy krzyżowo-biodrowe
19)	Badanie radiologiczne – kość krzyżowa i kość ogonowa
20)	Badanie radiologiczne – obojczyk, całkowite
21)	Badanie radiologiczne – łopatka, całkowite
22)	Badanie radiologiczne – bark
23)	Badanie radiologiczne – stawy barkowo-obojczykowe
24)	Badanie radiologiczne – kość ramienna
25)	Badanie radiologiczne – staw łokciowy
26)	Badanie radiologiczne – przedramię
27)	Badanie radiologiczne – nadgarstek
28)	Badanie radiologiczne – ręka
29)	Badanie radiologiczne – palec (palce) ręki
30)	Badanie radiologiczne – biodro
31)	Badanie radiologiczne – kość udowa
32)	Badanie radiologiczne – kolano
33)	Badanie radiologiczne – oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA
34)	Badanie radiologiczne – piszczel i strzałka
35)	Badanie radiologiczne – staw skokowy
36)	Badanie radiologiczne – stopa

37)	Badanie radiologiczne – kość piętowa
38)	Badanie radiologiczne – jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA
4.	ULTRASONOGRAFIA
1)	Badanie ultrasonograficzne – klatka piersiowa
2)	Badanie ultrasonograficzne – jama brzuszna
3)	Badanie ultrasonograficzne – miednica
4)	Badanie ultrasonograficzne – moszna i jej zawartość
5)	Badanie ultrasonograficzne – kończyna, nienaczyniowe
5.	REHABILITACJA
1)	Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
2)	Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
3)	Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje
4)	Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna
5)	Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów
6)	Kinezjotaping
7)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia
8)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)
9)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet
10)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki
11)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza
12)	Galwanizacja
13)	Elektrostymulacja
14)	Tonoliza
15)	Prądy diadynamiczne
16)	Prądy interferencyjne
17)	Prądy Kotza
18)	Prądy Tens
19)	Prądy Traberta
20)	Impulsowe pole magnetyczne
21)	Laseroterapia (skaner, punktowo)
22)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termożele)
23)	Krioterapia – miejscowa
24)	Krioterapia – zabieg w kriokomorze
6.	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA
1)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, bez kontrastu
2)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, bez kontrastu
3)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, bez kontrastu
4)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, bez kontrastu
5)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, bez kontrastu
6)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, bez kontrastu
7)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu
8)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu

9)	Tomografia komputerowa – miednica, bez kontrastu
10)	Tomografia komputerowa – kończyna górna, bez kontrastu
11)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna, bez kontrastu
12)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna, bez kontrastu
13)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, z kontrastem
14)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem
15)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, z kontrastem
16)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, z kontrastem
17)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, z kontrastem
18)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, z kontrastem
19)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem
20)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem
21)	Tomografia komputerowa – miednica, z kontrastem
22)	Tomografia komputerowa – kończyna górna, z kontrastem
23)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna, z kontrastem
24)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna, z kontrastem
7.	REZONANS MAGNETYCZNY
1)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, bez kontrastu
2)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), bez kontrastu
3)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), bez kontrastu
4)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), bez kontrastu
5)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), bez kontrastu
6)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), bez kontrastu
7)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, bez kontrastu
8)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu
9)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, bez kontrastu
10)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu
11)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, bez kontrastu
12)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, bez kontrastu
13)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, z kontrastem
14)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), z kontrastem
15)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), z kontrastem
16)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), z kontrastem
17)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), z kontrastem
18)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), z kontrastem
19)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, z kontrastem
20)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem
21)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, z kontrastem
22)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem
23)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, z kontrastem
24)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, z kontrastem

UMOWA DODATKOWA

Niezdolność do pracy po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli zostanie u Ciebie stwierdzona trwała i całkowita niezdolność do jakiejkolwiek pracy.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie niezdolności do pracy, to **1 000 000 zł.**

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie dotyczy niezdolności do pracy, której przyczyną jest nieszczęśliwy wypadek.

Zwróć uwagę

Niezdolność do pracy, za którą wypłacamy pieniądze, trwa nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NPW/TZ/5/2025)

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

ZYTZTZINPW-O02 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NPW/TZ/5/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi:
   a) rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku,
   b) trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku Niezdolności do Pracy; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
   b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy. Nieszczęśliwy Wypadek oraz ostatni dzień 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej muszą nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
   Jeśli w czasie 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego 12-miesięcznego okresu nie musi nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) w dniu, w którym podejmujemy decyzję o wypłacie pieniędzy z tytułu Niezdolności do Pracy,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   f) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje,
   b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,

   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z dnia Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

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

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

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

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który spowodował Niezdolność do Pracy, został spowodowany lub miał miejsce:

a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 142/2025 i obwiązują od 20 września 2025 r.

UMOWA DODATKOWA

Pobyt w szpitalu wskutek NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Wypłacimy Ci pieniądze za pobyt w szpitalu, który ma związek z wypadkiem – już od pierwszego dnia pobytu.
- **Po pobycie w szpitalu możesz skorzystać ze świadczenia Twoje Leki, tj. m.in. z pokrycia kosztów zakupu leków na receptę do 2000 zł oraz innych produktów dostępnych w aptece do 200 zł** w wybrany sposób:
  - możesz podać w aptece Identyfikator Lekowy lub
  - możesz samodzielnie kupić lek na receptę lub inny produkt, a następnie złożyć do nas wniosek o zwrot kosztów.

Warto wiedzieć

- Za każdy dzień pobytu w szpitalu możesz otrzymać od **100 zł** do **500 zł** (wysokość wypłaty zależy od wybranego Dziennego Świadczenia Szpitalnego).
- Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – nawet za **120 dni pobytu** w szpitalu w ciągu roku.
- Więcej szczegółów o świadczeniu Twoje Leki znajdziesz na https://twojeleki.allianz.pl

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/TZ/6/2026)

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

ZYTZTZILSNW-O04 07/26

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/TZ/6/2026)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej** dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Apteka** – apteka ogólnodostępna albo punkt apteczny, które działają na terenie Polski i w których uprawnione osoby realizują recepty oraz wydają inne produkty dostępne w Aptece
3. **Centrum Operacyjne** – AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. +48 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) – podmiot, za pośrednictwem którego zapewniamy realizację świadczenia Twoje Leki
4. **Dzienne Świadczenie Szpitalne** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe za jeden Dzień Pobytu w Szpitalu; Dzienne Świadczenie Szpitalne wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia przyjęcia do dnia wypisu
6. **Identyfikator Lekowy** – kod kreskowy (numeryczny kod identyfikacyjny), który służy do korzystania ze świadczenia Twoje Leki
7. **Lek na Receptę** – gotowy produkt leczniczy, który:
   a) przepisuje Ubezpieczonemu osoba uprawniona do wystawienia recepty, w celu zapobiegania, diagnozowania, leczenia lub łagodzenia skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
   b) jest wydawany tylko na receptę,
   c) został wpisany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Polski,
   d) posiada ważne pozwolenie wydane przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską.

   Recepta na taki lek jest ważna także dla jego zamiennika o tych samych składnikach aktywnych, mocy i dawkowaniu.
   Ubezpieczenie nie obejmuje świadczenia na pokrycie kosztów Leków na Receptę w przypadku wystawienia recepty przez lekarza weterynarii lub farmaceutę
8. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
9. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. Pobyt ten musi rozpocząć się w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku i musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu.
   Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym, ratunkowym, w ośrodku rehabilitacji, w ośrodku opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku sanatoryjnym lub wypoczynkowym, w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szpitalu uzdrowiskowym ani w szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym
10. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
11. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
    a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
    b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski.

    Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
12. **Twoje Leki** – świadczenie na pokrycie kosztów:
    a) Leków na Receptę oraz
    b) innych produktów dostępnych w Aptece,

    które zostały poniesione przez Ubezpieczonego w ciągu 90 dni od dnia wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala.
    Leki na Receptę oraz inne produkty dostępne w Aptece muszą być związane z leczeniem przeprowadzonym w czasie Pobytu w Szpitalu.
    W ramach tego świadczenia Ubezpieczony może także korzystać z infolinii medycznej (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).
    Świadczenie Twoje Leki jest realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego i z uwzględnieniem obowiązujących limitów
13. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
    a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
    b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
14. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
15. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
    a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
    b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
    c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
    d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
    e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
    f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
    g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
    h) sporty walki;
    i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu

asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
16. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
   a) wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego,
   b) realizację świadczenia Twoje Leki.
3. Dzienne Świadczenie Szpitalne wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Pobytu w Szpitalu w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstw wypadków, którym Ubezpieczony uległ w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu – jeżeli pobyt trwał co najmniej 1 dzień.
4. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 120 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.
5. Jeśli wypłacamy Ubezpieczonemu Dzienne Świadczenie Szpitalne, to ubezpieczenie obejmuje także realizację świadczenia Twoje Leki, w tym pokrycie kosztów:
   a) Leków na Receptę – do 2000 zł oraz
   b) innych produktów dostępnych w Aptece – do 200 zł.

   Limity te odnoszą się do jednego Pobytu w Szpitalu.
6. Recepta dla Ubezpieczonego w ramach świadczenia Twoje Leki, musi być wystawiona:
   a) przez osobę uprawnioną do wystawienia recepty (z wyłączeniem lekarza weterynarii oraz farmaceuty),
   b) w ciągu 90 dni od wypisu ze Szpitala

   oraz musi zostać zrealizowana w tym okresie. Dzień wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala jest pierwszym dniem tego 90-dniowego okresu. Koszty innych produktów dostępnych w Aptece muszą zostać poniesione również w tym okresie.
7. Ze świadczenia Twoje Leki Ubezpieczony może skorzystać maksymalnie 3 razy w ramach jednej Umowy Dodatkowej.
8. W ramach infolinii medycznej Centrum Operacyjne zapewnia Ubezpieczonemu nielimitowany dostęp do informacji, które dotyczą:
   a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
   b) diet, metod zdrowego żywienia,
   c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
   d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
   e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
   f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
   g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
   h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.
3. Możemy przedstawić Ci propozycję zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez świadczenia Twoje Leki w przypadku rozwiązania zawartej pomiędzy nami a Centrum Operacyjnym umowy, która reguluje warunki świadczenia usługi Twoje Leki.
   W takim przypadku najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia przekażemy Ci propozycję zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez świadczenia Twoje Leki.
   Jeśli dochodzi do zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej bez świadczenia Twoje Leki, a nie zakończył się 90-dniowy okres od wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala, to Centrum Operacyjne realizuje świadczenie Twoje Leki do końca tego 90-dniowego okresu.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje,
   b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,

   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
   c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Wieku Ubezpieczonego,
   b) Dziennego Świadczenia Szpitalnego oraz limitów, które obowiązują dla świadczenia Twoje Leki,
   c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

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

1. Za Dzień Pobytu w Szpitalu wypłacamy Ubezpieczonemu Dzienne Świadczenie Szpitalne.
2. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż jeden dzień, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiednią wielokrotność Dziennego Świadczenia Szpitalnego.
3. Do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dzienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, to Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę za pierwsze 30 dni tego pobytu.
5. Jeśli Ubezpieczony korzysta ze świadczenia Twoje Leki dokonując samodzielnie płatności w formie dostępnej w danej Aptece, to wypłacamy mu świadczenie, które jest równowartością poniesionych kosztów, z uwzględnieniem obowiązujących limitów.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA I SKORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA TWOJE LEKI

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu oraz umożliwić skorzystanie ze świadczenia

Twoje Leki, potrzebujemy zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu i chęci skorzystania ze świadczenia Twoje Leki oraz:
   a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
   c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
   d) dokumentów, które potwierdzają Pobyt w Szpitalu.
2. Ze świadczenia Twoje Leki Ubezpieczony może skorzystać dokonując samodzielnie płatności w formie dostępnej w danej Aptece albo wykorzystując Identyfikator Lekowy.
3. Informację o tym, w jakiej formie dana Apteka realizuje świadczenie Ubezpieczony może znaleźć w aplikacji na https://twojeleki.allianz.pl lub uzyskać dzwoniąc na infolinię medyczną (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).
4. Informacje na temat limitów oraz okresu dostępności świadczenia Twoje Leki, które pozostają do wykorzystania są dostępne w aplikacji na https://twojeleki.allianz.pl. Ubezpieczony może je również uzyskać dzwoniąc na infolinię medyczną (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).
5. W przypadku, gdy Ubezpieczony dokonuje płatności samodzielnie:
   a) może dokonać zakupu w dowolnej Aptece w Polsce,
   b) do zakupu Leków na Receptę potrzebuje recepty lub kodu odbioru e-recepty,
   c) płaci za zakupy własnymi środkami, a następnie składa do nas wniosek o wypłatę świadczenia wraz z:
      – kopią lub zdjęciem paragonu albo faktury za kupione Leki na Receptę oraz inne produkty dostępne w Aptece,
      – w przypadku Leków na Receptę – dołącza także kopię, zdjęcie lub skan wydruku informacyjnego recepty.

   Wniosek o wypłatę świadczenia można złożyć także przez aplikację https://twojeleki.allianz.pl.
   Świadczenie jest równowartością poniesionych kosztów, z uwzględnieniem obowiązujących limitów.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczony wykorzystuje Identyfikator Lekowy:
   a) może dokonać zakupu tylko w Aptece, która realizuje świadczenie w takiej formie – informacje o Aptekach, które realizują świadczenie Twoje Leki z wykorzystaniem Identyfikatora Lekowego są dostępne w aplikacji https://twojeleki.allianz.pl, można je też uzyskać dzwoniąc na infolinię medyczną (nr tel. +48 222 322 532, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora);
   b) do zakupu Leków na Receptę Ubezpieczony potrzebuje:
      – recepty lub kodu odbioru e-recepty oraz
      – Identyfikatora Lekowego;
   c) do zakupu innego produktu dostępnego w Aptece Ubezpieczony potrzebuje Identyfikatora Lekowego;
   d) Identyfikator Lekowy Ubezpieczony pokazuje pracownikowi Apteki na ekranie telefonu lub na wydruku.

   Jeśli koszt mieści się w limicie, który Ubezpieczony ma do wykorzystania, to koszt ten jest pokrywany w całości. Jeśli koszt jest wyższy niż dostępny limit, to Ubezpieczony dopłaca brakującą kwotę zgodnie z formami płatności dostępnymi w danej Aptece.
7. Identyfikator Lekowy przesyłamy Ubezpieczonemu w ciągu 1 dnia roboczego po przyznaniu świadczenia Twoje Leki:
   a) na adres poczty elektronicznej wskazany przez Ubezpieczonego lub
   b) numer telefonu Ubezpieczonego lub
   c) listownie.

   Identyfikator Lekowy jest dostępny w aplikacji https://twojeleki.allianz.pl.
   Dzień roboczy to dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
8. Identyfikator Lekowy nie jest elektronicznym instrumentem płatniczym, instrumentem pieniądza elektronicznego ani kartą płatniczą. Ubezpieczony nie może wymienić go na pieniądze.
9. Jeśli część lub całość kosztów zakupu Leku na Receptę lub innego produktu dostępnego w Aptece, jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), to podstawą do obliczenia świadczenia jest koszt faktycznie poniesiony przez Ubezpieczonego.
10. Reklamacje Leku na Receptę lub produktu leczniczego wydawanego bez recepty z powodu wady jakościowej lub niewłaściwego ich wydania rozpatruje Apteka zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności prawa farmaceutycznego. Jeśli Apteka uwzględni reklamację, a Lek na Receptę lub produkt leczniczy wydawany bez recepty był kupiony przy użyciu Identyfikatora Lekowego, jego zwrócony koszt zwiększy limit świadczenia Twoje Leki. Ubezpieczony może go ponownie wykorzystać.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZENIA TWOJE LEKI

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy ani nie realizujemy świadczenia Twoje Leki także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który jest przyczyną Pobytu w Szpitalu, został spowodowany lub miał miejsce:
   a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
   b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
   c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
   d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.
2. Poza okolicznościami wskazanymi powyżej nie ponosimy odpowiedzialności i nie realizujemy świadczenia Twoje Leki, 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:
   a) zakaźnymi czynnikami biologicznymi,
   b) czynnikami chemicznymi (w tym gazami bojowymi),
   c) czynnikami obezwładniającymi,
   d) czynnikami radioaktywnymi,
   e) czynnikami neurotoksycznymi.
3. Nie realizujemy świadczenia Twoje Leki, gdy nie można zweryfikować wydatków na podstawie dokumentów dostarczonych przez Ubezpieczonego.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 105/2026 i obowiązują od 20 września 2026 r.

UMOWA DODATKOWA

Koszty leczenia skutków NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?
Zwrócimy Ci koszty poniesione na leczenie po wypadku, które obejmuje: wizyty i badania lekarskie, zabiegi i operacje (bez operacji plastycznych), pobyt w szpitalu, przewiezienie do placówki medycznej, leki i środki opatrunkowe.

Warto wiedzieć
- Otrzymasz zwrot kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.
- Zwrócimy Ci wydatki poniesione na leczenie w Polsce w ciągu 12 miesięcy od wypadku.

Zwróć uwagę
Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, czyli do kwoty **50 000 zł.**

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?
Wszystkie informacje znajdziesz:
- na stronie **allianz.pl,**
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie **allianz.pl**

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/TZ/5/2025)

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

ZYTZTZILKL-O02 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/TZ/5/2025)

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

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

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Leczenia** – koszty, które zostały poniesione na leczenie u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku, w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku. Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz musi być przeprowadzone na terenie Polski, pod kontrolą lekarza
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Placówka Medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
5. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Leczenia; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
7. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
   b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
8. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
9. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
10. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
    a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
    b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot następujących Kosztów Leczenia:
   a) koszty wizyt lekarskich,
   b) koszty pobytu w szpitalu,
   c) koszty zabiegów i operacji, z wyłączeniem operacji plastycznych,
   d) koszty znieczulenia, w tym koszty jego podania,
   e) koszty badań,
   f) koszty przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki Medycznej, w której udzielono mu pomocy medycznej po Nieszczęśliwym Wypadku, w tym koszty wezwania karetki pogotowia,
   g) koszty nabycia leków, które są dostępne wyłącznie na receptę,
   h) koszty nabycia środków opatrunkowych.
3. Zwracamy Koszty Leczenia do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.
4. Koszty rehabilitacji nie są Kosztami Leczenia.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Wypłacamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Leczenia, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku. Limit ten jest taki sam także wtedy, gdy Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi.
3. Jeżeli Koszty Leczenia zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o poniesionych Kosztach Leczenia oraz:
a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Leczenia; faktura lub rachunek musi zawierać informację o rodzaju poniesionych Kosztów Leczenia i wskazanie osoby, której leczenia te koszty dotyczą.

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

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Leczenia, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:
a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 144/2025 i obwiązują od 20 września 2025 r.

UMOWA DODATKOWA

Koszty operacji plastycznych po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?
Zwrócimy Ci koszty poniesione na operacje plastyczne po wypadku.

Warto wiedzieć
- Otrzymasz zwrot kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.
- Zwrócimy Ci wydatki na operacje przeprowadzone w Polsce w ciągu 24 miesięcy od wypadku.

Zwróć uwagę
Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, czyli do kwoty maksymalnie **50 000 zł.**

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?
Wszystkie informacje znajdziesz:
- na stronie **allianz.pl,**
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie **allianz.pl**

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW OPERACJI PLASTYCZNYCH PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OP/TZ/5/2025)

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

ZYTZTZIOP-O02 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW OPERACJI PLASTYCZNYCH PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OP/TZ/5/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.
W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa z Umowy Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej albo inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Operacji Plastycznych** – koszty, które zostały poniesione na operacje plastyczne Ubezpieczonego w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni jego ciała powstałych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Operacje muszą być przeprowadzone:
   a) w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku,
   b) na terenie Polski i pod kontrolą lekarza
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
   a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
   b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym, ani z psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
   c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Operacji Plastycznych; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
4. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
   a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
   b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
   a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
   b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia**:
   a) narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny; skoki narciarskie; bobsleje; uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa;
   b) kolarstwo ekstremalne (freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill);
   c) bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon);
   d) wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne; wyścigi konne;
   e) nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu; skoki do wody; kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne; żeglarstwo morskie lub oceaniczne;
   f) skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości; paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo;
   g) wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu; speleologia;
   h) sporty walki;
   i) wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne); wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
   j) zorbing
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem:
   a) wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub
   b) stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub osiągane wyniki sportowe

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot Kosztów Operacji Plastycznych.
3. Zwracamy Koszty Operacji Plastycznych maksymalnie do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
   a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje,
   b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,
   w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo

b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.

3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
   a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
   b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
4. Jeśli Nieszczęśliwy Wypadek jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

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

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

1. Wypłacamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Operacji Plastycznych, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Jeśli Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi, to łączna kwota wypłat z danej Umowy Dodatkowej też nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. Jeżeli Koszty Operacji Plastycznych zostały poniesione w walucie obcej, kwoty wskazane z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych tabeli ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o poniesionych Kosztach Operacji Plastycznych oraz:

a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Operacji Plastycznych; faktura lub rachunek musi zawierać wskazanie osoby, która poddała się operacji plastycznej.

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

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Operacji Plastycznych, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:

a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 145/2025 i obwiązują od 20 września 2025 r.

UMOWA DODATKOWA

Dodatkowa ochrona po NW – „Dla Aktywnych”

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- „Dla Aktywnych” rozszerza zakres ochrony w ubezpieczeniach, które zapewniają wsparcie finansowe w razie:
  - trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
  - niezdolności do pracy po nieszczęśliwym wypadku,
  - pobytu w szpitalu po nieszczęśliwym wypadku,
  - leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
  - operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku.
- Dzięki temu otrzymasz wypłatę z tych ubezpieczeń, jeśli Twój wypadek będzie związany z uprawianiem sportów i aktywności wymienionych w warunkach ubezpieczenia.

Warto wiedzieć

- Lista wyczynowych sportów liczy 39 pozycji – należą do nich m.in. tak popularne sporty, jak: piłka nożna, siatkówka, piłka ręczna, narciarstwo, lekkoatletyka.
- Lista innych sportowych aktywności obejmuje m.in. wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia wypadkowego?

Wszystkie informacje znajdziesz:

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

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „DLA AKTYWNYCH” (AK/TZ/5/2025)

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

ZYTZTZIAK-O02 08/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „DLA AKTYWNYCH” (AK/TZ/5/2025)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy:

- **Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU** oraz
- **Ogólne warunki ubezpieczenia umowy dodatkowej**, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową.

Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umów Dodatkowych i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

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

W **Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej** znajdziesz informacje:

- Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia),
- Jakie są Twoje obowiązki i obowiązki Ubezpieczonego,
- Komu i ile pieniędzy wypłacamy,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

Pojęcia, które piszemy wielką literą, zdefiniowaliśmy w OWU albo w Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową.

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

1. Ubezpieczenie obejmuje rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w Umowach Dodatkowych:
   a) w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
   b) w razie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
   c) w razie poniesienia kosztów leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
   d) w razie poniesienia kosztów operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku,
   e) w razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku,

   o skutki Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie następujących aktywności Ubezpieczonego:

   - Wyczynowe Uprawianie Sportu z poniższej tabeli, o ile nie dany sport nie stanowi Aktywności Zarobkowej Ubezpieczonego:

1	badminton	21	pięciobój nowoczesny
2	baseball	22	piłka nożna (w tym halowa)
3	biathlon	23	piłka ręczna
4	bilard, snooker	24	piłka wodna
5	curling	25	pływanie
6	futbol amerykański	26	rugby
7	gimnastyka artystyczna, gimnastyka akrobatyczna, gimnastyka sportowa (z wyłączeniem kulturystyki)	27	saneczkarstwo z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
8	golf	28	siatkówka
9	hokej na trawie, hokej na lodzie, unihokej	29	snowboarding z wyłączeniem akrobacji oraz z wyłączeniem snowboardingu poza wyznaczonymi trasami
10	jazda konna, skoki przez przeszkody – w obu przypadkach z wyłączeniem wyścigów konnych	30	squash
11	kajakarstwo z wyłączeniem kajakarstwa górskiego i górskich spływów wodnych	31	surfing, windsurfing
12	kolarstwo oraz kolarstwo górskie – w obu przypadkach z wyłączeniem odmian ekstremalnych (odmiany ekstremalne to: zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill)	32	szermierka sportowa
13	koszykówka	33	taniec
14	lekkoatletyka, w tym wieloboje lekkoatletyczne	34	tenis stołowy
15	łucznictwo	35	tenis ziemny
16	łyżwiarstwo figurowe	36	triathlon
17	łyżwiarstwo szybkie	37	wioślarstwo
18	narciarstwo alpejskie z wyłączeniem: narciarstwa poza wyznaczonymi trasami, skoków, narciarstwa akrobatycznego	38	wrotkarstwo, rolkarstwo
19	narciarstwo biegowe	39	żeglarstwo śródlądowe, żeglarstwo przybrzeżne do 25 mil morskich od brzegu
20	narty wodne, wakeboarding – w obu przypadkach z wyłączeniem akrobacji		

oraz

- udział w następujących Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia, które spełniają poniżej wskazane warunki:

1	bezdekompresyjne nurkowanie z partnerem, poza wrakami i jaskiniami, przy użyciu sprzętu z obiegiem otwartym, i z zejściem do 40 m. Ubezpieczony musi posiadać uprawnienia do nurkowania potwierdzone międzynarodowym certyfikatem (PADI, CMAS, SSI, NAUI) lub nurkowanie musi odbywać się podczas kursu, którego celem jest uzyskanie takich uprawnień w asyście instruktora z aktualnym międzynarodowym certyfikatem uprawniającym do prowadzenia kursu danego rodzaju	pod warunkiem, że zajęcia te: a) nie są uprawiane w ramach Wyczynowego Uprawnia Sportu ani Zawodowego Uprawiania Sportu, b) nie stanowią Aktywności Zarobkowej Ubezpieczonego.
2	żeglarstwo morskie i oceaniczne na jednostce, która: a) jest przewidziana na co najmniej siedmioro członków załogi i b) jest prowadzona przez osobę, która ma patent jachtowego sternika morskiego lub kapitana jachtowego Polskiego Związku Żeglarskiego lub adekwatne uprawnienia wydane przez ISSA (Inshore Skipper, Offshore Skipper lub Master of Yacht)	
3	wspinaczka skałkowa poniżej 4000 m n.p.m. z użyciem specjalistycznego sprzętu, na drogach do 5 klasy trudności włącznie wg klasyfikacji UIAA, V klasyfikacji polskiej, 4b brytyjskiej, 5.7 północnoamerykańskiej, 4+ francuskiej, 14 australijskiej, 5 skandynawskiej lub III saksońskiej	
4	wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m.	
5	sporty walki bez użycia broni: aikido, hapkido, judo, karate, kungfu, taekwondo.	pod warunkiem, że zajęcia te: a) nie są uprawiane w ramach Zawodowego Uprawiania Sportu, b) nie stanowią Aktywności Zarobkowej Ubezpieczonego.

2. Jeśli Ubezpieczony ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi w czasie aktywności, które wymieniamy wyżej, to wypłacamy pieniądze z Umowy Dodatkowej, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową. Wypłata następuje zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia tej Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
   b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   e) gdy zostanie rozwiązana ostatnia Umowa Dodatkowa, w której rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego zgodnie z tym dokumentem,
   f) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
   a) Wieku Ubezpieczonego,
   b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i czasu trwania Umowy Dodatkowej, w której rozszerzamy zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tego dokumentu,
   c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 146/2025 i obwiązuje od 20 września 2025 r.

UMOWA DODATKOWA

Rachunek z UFK z ubezpieczeniem na życie

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Możesz gromadzić dodatkowe pieniądze na przyszłość w wybrany przez siebie sposób:
  - wpłacając dodatkowo od **50 zł** do **2000 zł** w ramach miesięcznej składki za polisę,
  - wpłacając nieregularnie od **500 zł** do **500 000 zł.**
- Swoje pieniądze możesz inwestować w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe.
- Dodatkowo ubezpieczamy Cię na życie na kwotę, która odpowiada wartości Twojego rachunku powiększonej o 500 zł.

Jak wypłacić pieniądze z umowy?

- Na stronie www.allianz.pl znajdziesz Wniosek o wypłatę części lub całości środków zgromadzonych na rachunku.
- Wskaż na nim, jaką kwotę chcesz wypłacić i z których funduszy mają być odpisane środki.

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI (UFK) (RK/TZ/7/2025)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 18 Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Art. 12 ust. 1-4 Art. 13 ust. 1-4 Pkt 2 – 4 Wykazu Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Art. 15 ust. 4 i 5

ZYTZRK-O05 06/25

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI (UFK) (RK/TZ/7/2025)

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

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

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Na czym polega indeksacja,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Alokacja** – przeliczenie Regularnej Składki Kapitałowej oraz Dodatkowej Składki Kapitałowej na Jednostki Funduszy, zgodnie ze wskazanym przez Ciebie podziałem między Fundusze
2. **Dodatkowa Składka Kapitałowa** – kwota, którą wpłacasz w dowolnych terminach po zawarciu Umowy Dodatkowej w celu gromadzenia dodatkowych środków
3. **Dzień Rejestracji Wpłaty** – dzień, w którym Regularna lub Dodatkowa Składka Kapitałowa wpływa na nasz rachunek bankowy
4. **Dzień Roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy
5. **Jednostki Funduszu (Jednostki)** – udziały o jednakowej wartości, na które jest podzielony Fundusz
6. **Rachunek Jednostek (Rachunek)** – rachunek, na którym rejestrujemy Jednostki Funduszu po Alokacji i z którego odpisujemy Jednostki, gdy decydujesz się na przeniesienie Jednostek lub wypłatę środków, oraz pobieramy opłaty. Rachunek ten otwieramy w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej
7. **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (Regulamin Funduszy)** – dokument, który zawiera informacje o:
   a) Funduszach z naszej oferty, ich celach i zasadach działania oraz
   b) profilach inwestycyjnych i Funduszach, które są dostępne w ramach tych profili.

   Czytaj go łącznie z ogólnymi warunkami tej Umowy Dodatkowej
8. **Regularna Składka Kapitałowa** – kwota, którą wpłacasz jako część Składki i przeznaczasz na regularne gromadzenie środków na Rachunku. Składka ta podlega indeksacji zgodnie z OWU
9. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą przyjmujemy do obliczenia świadczenia ubezpieczeniowego, które wypłacamy, gdy Ubezpieczony umiera w czasie trwania Umowy Dodatkowej. Kwota ta jest równa 500 zł i nie podlega indeksacji
10. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
    a) jest Ubezpieczonym Głównym i Ubezpieczającym w Umowie i
    b) w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat
11. **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (Fundusz)** – część naszych aktywów, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z Regulaminem Funduszy. Fundusze różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz inwestują w jednostki uczestnictwa różnych kategorii funduszy i subfunduszy inwestycyjnych, a przez to pośrednio w wiele instrumentów finansowych (np. obligacje, akcje, instrumenty rynku pieniężnego)
12. **Wartość Jednostki Funduszu (Wartość Jednostki)** – wartość, zgodnie z którą Jednostki Funduszu są rejestrowane na Rachunku i z niego odpisywane. Ustalamy ją zgodnie z Regulaminem Funduszy
13. **Wartość Rachunku** – wartość Jednostek Funduszu zarejestrowanych na Rachunku, którą obliczamy, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu przez ich wartość w danym dniu
14. **Wykaz Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK)** – dokument, który zawiera limity oraz opłaty stosowane przez nas w Umowie Dodatkowej. Czytaj go łącznie ogólnymi warunkami tej Umowy Dodatkowej

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

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej oraz Wartość Rachunku (świadczenie ubezpieczeniowe).

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Umowę Dodatkową zawieramy z Tobą na czas nieokreślony.
2. Przed zawarciem Umowy Dodatkowej uzyskujemy w formie ankiety informacje dotyczące Twojej wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie i inwestycji oraz sytuacji finansowej, abyśmy mogli dokonać oceny, które z ubezpieczeń z naszej oferty z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi jest dla Ciebie odpowiednie (ankieta odpowiedniości ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym).
3. Zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową, jeśli na podstawie uzyskanych informacji uznamy, że jest ona dla Ciebie odpowiednia. W przeciwnym razie Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez Ciebie pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z naszym ostrzeżeniem, że umowa nie jest dla Ciebie odpowiednia.
4. Możesz odmówić wypełnienia tej ankiety. W takim przypadku mamy ograniczoną możliwość oceny, które z ubezpieczeń z naszej oferty z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi jest odpowiednie dla Ciebie i możesz zawrzeć Umowę wyłącznie wtedy, gdy złożysz pisemne żądanie jej zawarcia.
5. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
   a) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
   b) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
   c) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna Ubezpieczonego,
   d) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
6. Jeśli wybrałeś opcję wpłacania tylko Dodatkowej Składki Kapitałowej, to ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas pierwszej takiej składki.

ART. 4 CO SIĘ DZIEJE ZE SKŁADKAMI, KTÓRE WPŁACASZ

1. Regularne i Dodatkowe Składki Kapitałowe, które wpłacasz, przeliczamy na Jednostki Funduszy – zgodnie ze wskazanym przez Ciebie podziałem między Fundusze.
2. Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy.
3. Możesz zadeklarować opłacanie Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej albo tylko Dodatkowej Składki Kapitałowej.
4. Limity, które dotyczą Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej, wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

ART. 5 JAK WPŁACAĆ REGULARNĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ

1. Jeśli chcesz opłacać Regularną Składkę Kapitałową, to wybierasz i wskazujesz we Wniosku:
   a) wysokość tej składki oraz
   b) jej procentowy podział między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu).

Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy; jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z tymi zasadami, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
2. Regularna Składka Kapitałowa jest częścią Składki.
3. Regularną Składkę Kapitałową wpłacasz:
   a) w terminach płatności Składki,
   b) na rachunek bankowy, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
4. Jeśli we Wniosku nie wybrałeś Regularnej Składki Kapitałowej, to możesz rozpocząć jej opłacanie po zawarciu Umowy Dodatkowej – na podstawie wniosku o zmianę. Wniosek ten wymaga naszej akceptacji.
5. Jeśli chcesz zrezygnować z opłacania Regularnej Składki Kapitałowej, poinformuj nas o swojej decyzji. Zmiana obowiązuje od terminu płatności następnej Składki.
6. W okresie, w którym my przejmujemy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki, nie opłacamy Regularnej Składki Kapitałowej.

ART. 6 JAK WPŁACAĆ DODATKOWĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ

1. Procentowy podział Dodatkowej Składki Kapitałowej między Fundusze jest taki sam, jak Regularnej Składki Kapitałowej.
2. Jeśli chcesz opłacać tylko Dodatkową Składkę Kapitałową, to jej procentowy podział między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu) wskazujesz we Wniosku. Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Taki sam podział będzie obowiązywał dla Regularnych Składek Kapitałowych, których opłacanie zadeklarujesz później.
3. Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
4. Dodatkową Składkę Kapitałową wpłacasz:
   a) w dowolnych terminach w czasie trwania Umowy Dodatkowej,
   b) na odrębny rachunek bankowy, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.

ART. 7 JAK ALOKUJEMY REGULARNĄ I DODATKOWĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ W FUNDUSZE

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

ART. 8 JAK ZMIENIĆ WYSOKOŚĆ REGULARNEJ SKŁADKI KAPITAŁOWEJ

1. Możesz zmienić wysokość Regularnej Składki Kapitałowej – zgodnie z limitami, które obowiązują dla takiej składki.
2. Abyśmy mogli wykonać zmianę, potrzebujemy Twojego wniosku. Zmiana wymaga naszej akceptacji.
3. Zmiana obowiązuje od terminu płatności Składki, który przypada bezpośrednio po wyrażeniu przez nas zgody na taką zmianę.
4. Zmianę potwierdzamy odrębną korespondencją.

ART. 9 JAK ZMIENIĆ PODZIAŁ SKŁADKI MIĘDZY FUNDUSZE

1. Możesz zmienić procentowy podział następnej Regularnej Składki Kapitałowej między Fundusze.
2. Nowe Fundusze wybierasz spośród tych, które są dla Ciebie dostępne w ramach Umowy Dodatkowej w dniu, w którym składasz wniosek o zmianę, zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Określasz także procentowy podział tej składki między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu).
3. Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
4. Zmianę realizujemy w ciągu 7 Dni Roboczych od dnia, w którym otrzymujemy Twój wniosek.
5. Nowy podział między Fundusze stosujemy do Regularnych Składek Kapitałowych oraz Dodatkowych Składek Kapitałowych, które alokujemy po dniu, w którym zrealizujemy zmianę.
6. Jeśli opłacasz tylko Dodatkową Składkę Kapitałową, to w taki sam sposób możesz zmienić procentowy podział następnej Dodatkowej Składki Kapitałowej między Fundusze.

ART. 10 JAK PRZENIEŚĆ JEDNOSTKI FUNDUSZU DO INNEGO FUNDUSZU

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

ART. 11 JAK WYPŁACIĆ PIENIĄDZE Z RACHUNKU

1. Możesz złożyć wniosek o wypłatę części lub całości Wartości Rachunku.
2. Rejestrujemy tylko taki wniosek, który jest kompletny i poprawnie wypełniony. Jeśli wniosek nie zawiera danych koniecznych do zrealizowania wypłaty, to prosimy o ich uzupełnienie.
3. We wniosku o wypłatę części Wartości Rachunku wskazujesz:
   a) kwotę, którą chcesz wypłacić lub
   b) Fundusze, z których chcesz odliczyć Jednostki.
   Jeśli nie wskazujesz Funduszy, to odpisujemy Jednostki ze wszystkich Funduszy, proporcjonalnie do udziału Funduszy w Wartości Rachunku.
4. Wypłata następuje poprzez odpisanie z Rachunku takiej liczby Jednostek Funduszy, których wartość jest równa kwocie, którą wskazujesz. Na Rachunku musi pozostać równowartość 2 minimalnych Regularnych Składek Kapitałowych. Minimalną Regularną Składkę Kapitałową wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK). Jeśli nie chcesz pozostawić na Rachunku równowartości 2 minimalnych Regularnych Składek Kapitałowych, to możesz złożyć wniosek o wypłatę całości Wartości Rachunku.
5. Jeśli Wartość Jednostek Funduszu, który wskazujesz, jest zbyt niska, abyśmy mogli zrealizować oczekiwaną przez Ciebie wypłatę, to:
   a) odpisujemy wszystkie Jednostki tego Funduszu,
   b) brakującą kwotę uzyskujemy z proporcjonalnego odliczenia Jednostek z pozostałych Funduszy; proporcja ta wynika z udziału Wartości Jednostek danego Funduszu w Wartości Rachunku.
6. Kwotę do wypłaty obliczamy według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu, w którym otrzymujemy Twój kompletny i poprawnie wypełniony wniosek. Pieniądze wypłacamy w ciągu kolejnych 14 Dni Roboczych, w złotych polskich, przelewem na Twój rachunek bankowy.
7. Jeśli tego samego dnia odpisujemy i rejestrujemy Jednostki na Rachunku, to wykonujemy to w następującej kolejności:
   a) odpisujemy Jednostki w związku z pobraniem opłaty dystrybucyjnej,

b) odpisujemy Jednostki w związku z wypłatą całości Wartości Rachunku,
c) odpisujemy i rejestrujemy Jednostki w związku z przeniesieniem Jednostek,
d) odpisujemy Jednostki w związku z wypłatą części Wartości Rachunku,
e) rejestrujemy Jednostki w związku z Alokacją.

ART. 12 NA CO PRZEZNACZAMY OPŁATĘ ZA ZARZĄDZANIE I ADMINISTRACJĘ FUNDUSZEM ORAZ KIEDY I W JAKIEJ WYSOKOŚCI JĄ POBIERAMY

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

ART. 13 NA CO PRZEZNACZAMY OPŁATĘ DYSTRYBUCYJNĄ ORAZ KIEDY I W JAKIEJ WYSOKOŚCI JĄ POBIERAMY

1. Opłatę dystrybucyjną przeznaczamy na pokrycie kosztów zawarcia Umowy Dodatkowej.
2. Pobieramy ją z Rachunku po wykonaniu Alokacji:
   a) każdej Regularnej Składki Kapitałowej, której termin płatności przypada w pierwszych 12 miesiącach od zawarcia Umowy Dodatkowej,
   b) każdej Dodatkowej Składki Kapitałowej, która podlega Alokacji w pierwszych 12 miesiącach od zawarcia Umowy Dodatkowej.
3. Opłatę pobieramy 5. dnia po Alokacji poprzez proporcjonalne odliczenie z każdego Funduszu odpowiedniej liczby Jednostek według Wartości Jednostek, które obowiązują w tym dniu.
4. Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

ART. 14 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia, w którym ją zawarłeś lub od dnia, w którym się dowiedziałeś o prawie do odstąpienia – w zależności od tego, który z tych dni jest późniejszy.
2. W takim przypadku zwracamy Ci Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu, oraz równowartość opłaty dystrybucyjnej, którą pobraliśmy do dnia odstąpienia.
3. Możesz także odstąpić od Umowy Dodatkowej 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.
4. Pieniądze wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu, przelewem na Twój rachunek bankowy.

ART. 15 KIEDY MOŻESZ WYPOWIEDZIEĆ UMOWĘ DODATKOWĄ I KIEDY WYPŁACAMY WARTOŚĆ RACHUNKU

1. Możesz wypowiedzieć Umowę Dodatkową w dowolnym momencie w czasie jej trwania.
2. Za wypowiedzenie Umowy Dodatkowej uznamy także Twój wniosek o wypłatę całości Wartości Rachunku lub wniosek o wypłatę kwoty wyższej niż Wartość Rachunku.
3. Umowa Dodatkowa zostanie rozwiązana ostatniego dnia Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje wypowiedzenie.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Dodatkowej, Umowy Głównej Ubezpieczonego lub Umowy wypłacamy Ci Wartość Rachunku. Obliczamy ją według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu, w którym otrzymujemy Twoje wypowiedzenie. Pieniądze wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od otrzymania Twojego wypowiedzenia – przelewem na Twój rachunek bankowy.
5. Wartość Rachunku wypłacamy także wtedy, gdy Umowa lub Umowa Główna Ubezpieczonego rozwiązuje się z innego powodu niż wypowiedzenie albo śmierć Ubezpieczonego Głównego. Wartość Rachunku obliczamy według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu rozwiązania Umowy. Pieniądze wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od dnia rozwiązania Umowy – przelewem na Twój rachunek bankowy lub – w przypadku braku takiej możliwości – w inny sposób.

ART. 16 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY, JEŚLI UMRZE UBEZPIECZONY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli Ubezpieczony umrze, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej oraz Wartość Rachunku.
2. Wartość Rachunku obliczamy, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu z dnia śmierci Ubezpieczonego przez Wartość Jednostki w dniu, w którym otrzymaliśmy:
   a) wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia oraz
   b) dokumenty, które wskazujemy w OWU jako wymagane do ustalenia, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna.
3. Pieniądze wypłacamy osobom, które są uprawnione, aby otrzymać świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zgodnie z OWU, chyba że Ubezpieczony wskazał inne osoby.

ART. 17 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz dokumentów, które wskazujemy w OWU.

ART. 18 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY SUMY UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego następuje w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. W takim przypadku wypłacamy Wartość Rachunku. Obliczamy ją, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu z dnia Twojej śmierci przez Wartość Jednostki w dniu, w którym otrzymaliśmy:
a) wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia oraz
b) dokumenty, które wskazujemy w OWU jako wymagane do ustalenia, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 61/2025 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków o ubezpieczenie złożonych od 10 maja 2025 r.

WYKAZ OPŁAT I LIMITÓW DO UMOWY DODATKOWEJ NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI (UFK)

1. Minimalne i maksymalne składki, które obowiązują w Umowie Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK):

	Minimalna	Maksymalna
Regularna Składka Kapitałowa	50 zł (miesięcznie)	2000 zł (miesięcznie)
Dodatkowa Składka Kapitałowa	500 zł	500 000 zł

2. Opłata za zarządzanie i administrację Funduszem
   Wysokość opłat, które ponosisz w związku z zarządzaniem i administracją danym Funduszem, jest wskazana poniżej.
   A. Opłaty zarządzanie i administrację Funduszem, pobierana przez nas w Funduszach, których środki lokujemy w jednostki uczestnictwa Subfunduszy wydzielonych w ramach Allianz Funduszu Inwestycyjnego Otwartego (dalej Allianz FIO), zarządzanych przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska Spółka Akcyjna (dalej Allianz TFI):
   Tabela A

Nazwa Funduszu	Opłata w skali roku ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów netto każdego z Funduszy
Fundusz Obligacji Skarbowych	1,10%
Fundusz Obligacji Korporacyjnych	1,25%
Fundusz Stabilnego Inwestowania	1,65%
Fundusz Zrównoważonego Inwestowania	1,80%
Fundusz Rynku Akcji	1,95%

   Allianz TFI pobiera wynagrodzenie za zarządzanie Subfunduszami, których jednostki wchodzą w skład aktywów Funduszy, jednak my, pobierając opłatę wskazaną w Tabeli A, pomniejszamy ją o wynagrodzenie pobierane przez Allianz TFI. Oznacza to, że opłata za zarządzanie, pobierana przez Allianz TFI, jest już uwzględniona w opłacie pobieranej przez nas, wskazanej w Tabeli A.

   B. Opłata za zarządzanie i administrację Funduszem, pobierana przez nas w Funduszu, którego środki lokujemy w tytuły uczestnictwa Allianz Europe Equity Growth Select – Subfunduszu Zagranicznego Funduszu Inwestycyjnego Allianz Global Investors Fund, zarządzanego przez Allianz Global Investors GmbH:
   Tabela B

Nazwa Funduszu	Opłata w skali roku ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów netto Funduszu
Fundusz Akcji Europejskich	1,40%

   W przypadku Subfunduszu Allianz Global Investors Fund aktywa Funduszu obciążone są także pośrednio opłatą za zarządzanie pobieraną przez Allianz Global Investors GmbH. Oznacza to, że opłata za zarządzanie pobierana przez ten podmiot, nie jest uwzględniona w opłacie pobieranej przez nas, wskazanej w Tabeli B.

   Wysokość opłaty za zarządzanie, pobieranej przez Allianz Global Investors GmbH, prezentujemy na naszej stronie internetowej: https://www.allianz.pl/pl_PL/dla-ciebie/zycie-i-zdrowie/ubezpieczeniowe-fundusze-kapitalowe/fundusz-akcji-europejskich.html.

   Opłata za zarządzanie, pobierana przez Allianz Global Investors GmbH, jest także uwzględniona w pozycji „Opłata za zarządzanie i inne koszty administracyjne lub operacyjne" w dokumencie zawierającym kluczowe informacje (KID), łącznie z opłatą za zarządzanie i administrację Funduszem oraz kosztami opisanymi w punkcie 3 poniżej.
3. Oprócz wskazanych powyżej: opłaty za zarządzanie i administrację Funduszem pobieranej przez nas oraz opłat za zarządzenie pobieranych przez Allianz TFI lub Allianz Global Investors GmbH, aktywa Subfunduszy mogą być obciążane przez Allianz TFI lub Allianz Global Investors GmbH również innymi kosztami funkcjonowania tych Subfunduszy. Rodzaj i wysokość tych kosztów są określone w odpowiednich dokumentach Allianz FIO lub Zagranicznego Funduszu Inwestycyjnego (statutach lub prospektach informacyjnych). Koszty te mogą ulegać zmianom. Nie są one uwzględnione w pobieranej przez nas opłacie za zarządzanie i administrację Funduszem, wskazanej w Tabeli A ani w Tabeli B, ani w pobieranych przez Allianz TFI lub Allianz Global Investors GmbH opłatach za zarządzanie, ale obciążają aktywa Subfunduszy, a pośrednio – także aktywa Funduszy.

   Koszty te uwzględniliśmy natomiast w wynikach wyliczeń zamieszczonych w dokumencie zawierającym kluczowe informacje (KID), w pozycji „Opłata za zarządzanie i inne koszty administracyjne lub operacyjne", zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 z dnia 26 listopada 2014 r. w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) z późniejszymi zmianami. W tym dokumencie koszty te prezentujemy łącznie z opłatą za zarządzanie i administrację Funduszem, pobieraną przez nas, oraz opłatami za zarządzanie, pobieranymi przez Allianz TFI lub Allianz Global Investors GmbH.
4. Opłata dystrybucyjna
   Opłata dystrybucyjna jest obliczana od wysokości każdej wpłaconej:
   a) Regularnej Składki Kapitałowej i wynosi: 2,5%,
   b) Dodatkowej Składki Kapitałowej i wynosi: 2,5%,
   zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy dodatkowej na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK).

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu nr 97/2025 i ma zastosowanie do Umów dodatkowych na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do ubezpieczenia „Twoje Życie" zawartych na podstawie wniosków o ubezpieczenie złożonych od 12 lipca 2025 r.

REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH (RUFK/1/2025)

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

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

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

I. CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Dzień Wyceny** – dzień, na który wyceniamy aktywa Funduszu, ustalamy Wartość Aktywów Netto Funduszu oraz Wartość Jednostki Funduszu
2. **Instrumenty Pochodne** – prawa majątkowe, których cena rynkowa zależy bezpośrednio lub pośrednio od ceny lub wartości papierów wartościowych zdefiniowanych w ustawie o obrocie instrumentami finansowymi oraz inne prawa majątkowe, których cena rynkowa zależy bezpośrednio lub pośrednio od kształtowania się ceny rynkowej walut obcych lub od zmiany wysokości stóp procentowych
3. **Niewystandaryzowane Instrumenty Pochodne** – Instrumenty Pochodne, które są przedmiotem obrotu poza rynkiem zorganizowanym, a ich treść jest lub może być przedmiotem negocjacji między stronami
4. **Profil Inwestycyjny** – nasza ocena tego, jakim jesteś inwestorem, czyli jaki poziom ryzyka inwestycyjnego akceptujesz oraz jakie są Twoje oczekiwania dotyczące zysków z inwestycji. Profil ten określamy na podstawie Twoich odpowiedzi na pytania z ankiety odpowiedniości ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym, które dotyczą Twojej wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie i inwestycji, Twojej sytuacji finansowej oraz akceptowanego poziomu ryzyka inwestycyjnego. W Profilu Inwestycyjnym wskazujemy również Fundusze dostępne dla danego profilu. Jeśli nie odpowiesz na pytania z tej ankiety, to nie mamy możliwości określenia Twojego Profilu Inwestycyjnego oraz wskazania dostępnych dla Ciebie Funduszy. W takiej sytuacji możesz zawrzeć Umowę wyłącznie na pisemne żądanie
5. **Subfundusz** – subfundusz funduszu inwestycyjnego otwartego z siedzibą w Polsce, subfundusz specjalistycznego funduszu inwestycyjnego otwartego, który stosuje zasady i ograniczenia inwestycyjne określone dla funduszu inwestycyjnego otwartego, subfundusz Zagranicznego Funduszu Inwestycyjnego lub instytucji wspólnego inwestowania z siedzibą za granicą (na zasadach opisanych w części dokumentu „Jakie są kategorie i charakterystyki aktywów oraz kryteria ich doboru"), w których jednostki uczestnictwa lub tytuły uczestnictwa, dalej łącznie zwane jednostkami uczestnictwa, Fundusz lokuje swoje aktywa
6. **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK, Fundusz)** – część naszych aktywów, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z tym dokumentem. Fundusze różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz inwestują w jednostki uczestnictwa różnych kategorii funduszy i subfunduszy inwestycyjnych, a przez to pośrednio w wiele instrumentów finansowych (np. w obligacje, akcje, instrumenty rynku pieniężnego)
7. **Umowa** – Ubezpieczenie inwestycyjne Bonus VIP, Umowa dodatkowa na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie" albo umowa ubezpieczenia „Twój Plan", które przewidują ochronę ubezpieczeniową w zakresie, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia danej umowy oraz inwestowanie w Fundusze Składki Jednorazowej i Składki Dodatkowej (Ubezpieczenie inwestycyjne Bonus VIP) lub Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej (Umowa dodatkowa na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie", umowa ubezpieczenia „Twój Plan")
8. **Wartość Aktywów Netto Funduszu** – wartość aktywów Funduszu pomniejszona o jego zobowiązania
9. **Wartość Godziwa** – kwota, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie uregulowane na warunkach transakcji rynkowej; sposób ustalania tej wartości reguluje ustawa o rachunkowości
10. **Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny** – fundusz inwestycyjny otwarty lub spółka inwestycyjna, które uzyskały zezwolenie właściwego organu w państwie członkowskim Unii Europejskiej na prowadzenie działalności zgodnie z prawem wspólnotowym regulującym zasady zbiorowego inwestowania w papiery wartościowe

II. CZYM JEST FUNDUSZ I JAK LOKUJEMY AKTYWA FUNDUSZY

1. Fundusz tworzą wyodrębnione aktywa, które zbieramy i inwestujemy zgodnie z Umową i tym Regulaminem.
2. Aktywa Funduszy są naszą własnością. Na zasadach opisanych w tym dokumencie decydujemy o formach, kierunkach i sposobach ich inwestowania, zarządzania oraz przechowywania. Ty, Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony Zastępczy ani inne osoby uprawnione z Umowy nie możecie żądać wydzielenia poszczególnych aktywów przypisanych do danego Funduszu.
3. Aktywa Funduszy lokujemy z zachowaniem ograniczeń inwestycyjnych, które są określone w obowiązujących nas przepisach prawa.
4. Zasady doboru lokat (w tym Subfunduszy), które stosujemy, gdy podejmujemy decyzję o lokowaniu aktywów Funduszy, opisujemy w części tego dokumentu „Jakie są kategorie i charakterystyki aktywów oraz kryteria ich doboru".
5. Aktywa Subfunduszy lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji określonych w ich statutach.

III. JAKIE SĄ ZASADY WYCENY AKTYWÓW FUNDUSZU

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

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

1. Wartość Jednostki Funduszu ustalamy dzieląc Wartość Aktywów Netto Funduszu przez liczbę wszystkich Jednostek danego Funduszu.

ZYTZTPBVIPRUFK-R01 06/25

→ Spis treści

2. Wartość Jednostki Funduszu podajemy z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.
3. Wartość Jednostki Funduszu określamy na każdy Dzień Roboczy oraz na każdy ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
4. Wyceny Jednostki Funduszu dokonujemy w 1. Dniu Roboczym po dniu, na który ustalamy wartość tej Jednostki.
5. Wycena Jednostki Funduszu może zostać opóźniona lub może nie zostać dokonana, jeżeli z przyczyn niezależnych od nas nie dokonano wyceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, w które lokowane są aktywa Funduszu. W takim przypadku – przez okres, w jakim nie jest możliwe ustalenie wartości Jednostki Funduszu oraz przez okres zawieszenia zbywania lub odkupywania jednostek uczestnictwa Subfunduszy – nie są tworzone ani umarzane (nie są rejestrowane ani odpisywane) Jednostki tego Funduszu. Oznacza to, że nie realizujemy Alokacji Składki, wypłaty całości Wartości Rachunku w celu rozwiązania Umowy, wypłaty części Wartości Rachunku oraz przeniesienia Jednostek Funduszu do innego Funduszu. Operacje te są realizowane niezwłocznie po ustaniu przeszkód.
6. Jednostki Funduszu tworzymy w momencie wpłacenia środków pieniężnych do Funduszu, w tym poprzez Alokację składki ubezpieczeniowej. Utworzenie Jednostek Funduszu oznacza zwiększenie aktywów Funduszu. Liczba tworzonych Jednostek Funduszu równa jest wartości środków pieniężnych, które dodajemy do dotychczasowych aktywów Funduszu, podzielonych przez Wartość Jednostki danego Funduszu, która obowiązuje w dniu powstania tej Jednostki Funduszu.
7. Jednostki Funduszu umarzamy w momencie dokonywania wypłat z Funduszu. Umorzenie Jednostek Funduszu oznacza zmniejszenie aktywów Funduszu. Liczba umarzanych Jednostek Funduszu równa jest wartości środków pieniężnych, które wycofujemy z Funduszu, podzielonych przez Wartość Jednostki danego Funduszu, która obowiązuje w dniu umorzenia tych Jednostek Funduszu.

V. JAKIE FUNDUSZE MOGĄ BYĆ DOSTĘPNE W UMOWIE

1. W zależności od Twojego Profilu Inwestycyjnego w Umowie mogą być dostępne następujące Fundusze:
   1) Fundusz Obligacji Skarbowych,
   2) Fundusz Obligacji Korporacyjnych,
   3) Fundusz Stabilnego Inwestowania,
   4) Fundusz Zrównoważonego Inwestowania,
   5) Fundusz Rynku Akcji,
   6) Fundusz Akcji Europejskich.
2. Lista Funduszy, którą wskazujemy powyżej może ulegać zmianom w czasie trwania Umowy w przypadkach, które opisujemy w części tego dokumentu „W jaki sposób zmieniamy listę Funduszy, które oferujemy w ramach Umowy".
3. Aktualna lista Funduszy oraz informacje o zasadach ich działania i Wartościach Jednostek Funduszy znajdują się na stronie www.allianz.pl.

VI. JAKIE FUNDUSZE SĄ DOSTĘPNE W POSZCZEGÓLNYCH PROFILACH INWESTYCYJNYCH

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

Profil Inwestycyjny (od najniższego do najwyższego ryzyka inwestycyjnego)	**Dostępne Fundusze**	**Ryzyko inwestycyjne**
Ostrożny W tym profilu stabilność inwestycji jest najważniejsza. Poziom ryzyka inwestycyjnego jest niski, okresowo średni. Zwrot z inwestycji może być jednak niższy niż poziom inflacji, a w pewnych okresach nawet ujemny.	**Fundusz rekomendowane:** Fundusz Obligacji Skarbowych Fundusz Obligacji Korporacyjnych	 Niskie, okresowo średnie Niskie, okresowo średnie
Umiarkowany W tym profilu istotne jest uzyskanie stabilnych stóp zwrotu przy akceptacji średniego poziomu ryzyka inwestycyjnego i okresowo podwyższonej zmienności wartości jednostek.	**Fundusz rekomendowany:** Fundusz Stabilnego Inwestowania **Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego:** Fundusz Obligacji Skarbowych Fundusz Obligacji Korporacyjnych	Średnie Niskie, okresowo średnie Niskie, okresowo średnie
Zrównoważony W tym profilu inwestorzy oczekują wzrostu wartości inwestycji w długim okresie, a poziom ryzyka inwestycyjnego jest średni, okresowo podwyższony. Zmienność wartości jednostek może być wyższa niż w przypadku Profilu Umiarkowanego.	**Fundusz rekomendowany:** Fundusz Zrównoważonego Inwestowania **Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego:** Fundusz Stabilnego Inwestowania Fundusz Obligacji Skarbowych Fundusz Obligacji Korporacyjnych	Średnie, okresowo podwyższone Średnie Niskie, okresowo średnie Niskie, okresowo średnie
Dynamiczny W tym profilu charakterystyczna jest skłonność do ponoszenia wysokiego ryzyka inwestycyjnego w oczekiwaniu na wysokie stopy zwrotu w długim horyzoncie inwestycyjnym, przy akceptacji bardzo wysokiej zmienności wartości jednostek.	**Fundusze rekomendowane:** Fundusz Rynku Akcji Fundusz Akcji Europejskich **Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego:** Fundusz Zrównoważonego Inwestowania Fundusz Stabilnego Inwestowania Fundusz Obligacji Skarbowych Fundusz Obligacji Korporacyjnych	 Wysokie Wysokie Średnie, okresowo podwyższone Średnie Niskie, okresowo średnie Niskie, okresowo średnie

2. Twój Profil Inwestycyjny oraz Fundusze, które są dostępne w ramach tego profilu, wskazujemy w propozycji ubezpieczenia, którą przedstawiamy po wypełnieniu przez Ciebie ankiety odpowiedniości ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym. W czasie trwania Umowy masz dostęp do Funduszy z Twojego Profilu Inwestycyjnego.
3. Jeśli odmawiasz odpowiedzi na pytania z ankiety odpowiedniości ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnymi i zawierasz Umowę na pisemne żądanie, to masz dostęp do wszystkich Funduszy.
4. Nie rekomendujemy zmian w Umowie z wykorzystaniem Funduszu o wyższym ryzyku inwestycyjnym niż wynika to z Twojego Profilu Inwestycyjnego. Jeśli jednak chcesz uzyskać dostęp do takiego Funduszu, składasz pisemny wniosek o zmianę Umowy. W wyniku takiej zmiany będziesz mieć dostęp do Funduszy:
   - z Profilu Inwestycyjnego, w którym jest dostępny Fundusz, o który wnioskujesz oraz
   - z Twojego dotychczasowego Profilu Inwestycyjnego.

   Wprowadzenie takich zmian w Umowie potwierdzamy odrębną korespondencją.

VII. JAKIE SĄ KATEGORIE I CHARAKTERYSTYKI AKTYWÓW ORAZ KRYTERIA ICH DOBORU

1. Środki Funduszu możemy inwestować wyłącznie w następujące kategorie lokat:
   1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych otwartych z siedzibą w Polsce,
   2) jednostki uczestnictwa specjalistycznych funduszy inwestycyjnych otwartych z siedzibą w Polsce, jeżeli fundusze te:
      a) zbywają jednostki uczestnictwa i dokonują ich odkupu na żądanie uczestnika,
      b) stosują zasady i ograniczenia inwestycyjne dla funduszu inwestycyjnego otwartego określone w ustawie o funduszach inwestycyjnych i zarzadzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi,
      c) nie lokują swoich aktywów w sposób określony w art. 113 ust. 4 ustawy o funduszach inwestycyjnych i zarzadzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi;
   3) tytuły uczestnictwa emitowane przez Zagraniczne Fundusze Inwestycyjne,
   4) tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania z siedzibą za granicą, jeżeli:
      a) instytucje te oferują publicznie tytuły uczestnictwa i umarzają je na żądanie uczestnika bezpośrednio lub pośrednio z aktywów tych instytucji albo zapewniają, że giełdowa wartość tytułów uczestnictwa tych instytucji nie różni się w znaczny sposób od wartości aktywów netto na tytuły uczestnictwa tych instytucji,
      b) instytucje te podlegają nadzorowi właściwego organu nadzoru nad rynkiem finansowym lub kapitałowym państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa należącego do OECD oraz zapewniona jest, na zasadzie wzajemności, współpraca organu nadzoru z tym organem,
      c) ochrona interesów posiadaczy tytułów uczestnictwa tych instytucji jest co najmniej taka sama jak ochrona interesu inwestorów określona w prawie Unii Europejskiej regulującym zasady zbiorowego inwestowania w papiery wartościowe,
      d) instytucje te są obowiązane do sporządzania rocznych i półrocznych sprawozdań finansowych,
   5) depozyty w bankach z siedzibą w Polsce lub w zagranicznych instytucjach kredytowych, płatne na żądanie lub takie, które można wycofać przed terminem zapadalności.
2. Fundusz może utrzymywać, wyłącznie w zakresie niezbędnym do zaspokojenia bieżących zobowiązań, część aktywów na rachunkach bankowych.
3. Fundusz może zawierać umowy mające za przedmiot Instrumenty Pochodne, w tym Niewystandaryzowane Instrumenty Pochodne, w szczególności kontrakty terminowe, transakcje fx swap, forward, pod warunkiem, że:
   1) zawarcie umowy jest zgodne z celem inwestycyjnym Funduszu,
   2) zawarcie umowy ma na celu zmniejszenie ryzyka inwestycyjnego związanego ze zmianą kursów walut w związku z lokatami Funduszu,
   3) bazę instrumentów pochodnych stanowią kursy walut,
   4) wykonanie umowy nastąpi przez dostawę instrumentów finansowych lub przez rozliczenie pieniężne,

   a w przypadku Niewystandaryzowanych Instrumentów Pochodnych, dodatkowo pod warunkiem, że:
   5) kontrahentem jest podmiot z siedzibą w Polsce, w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, lub w państwie należącym do OECD, podlegający nadzorowi właściwego organu nadzoru nad rynkiem finansowym lub kapitałowym w tym państwie w zakresie co najmniej takim jak zakres określony w prawie Unii Europejskiej,
   6) instrumenty te podlegają w każdym Dniu Roboczym możliwej do zweryfikowania, rzetelnej wycenie według wiarygodnie ustalonej Wartości Godziwej,
   7) instrumenty te mogą zostać w każdym czasie przez nas zbyte lub pozycja w nich zajęta może być w każdym czasie zamknięta.
3. Decyzję o doborze aktywów do Funduszu podejmujemy uwzględniając przede wszystkim zgodność celu i polityki inwestycyjnej danego Subfunduszu z celem i polityką inwestycyjną Funduszu. Bierzemy także pod uwagę przestrzeganie limitów inwestycyjnych dotyczących poszczególnych składników lokat Funduszu.
4. Informacje o sposobie lokowania środków Funduszy, ich celu inwestycyjnym i polityce inwestycyjnej, w tym ograniczeniach i limitach inwestycyjnych dotyczących poszczególnych składników lokat Funduszy, znajdziesz w części tego dokumentu: „Jakie są cele inwestycyjne, polityka inwestycyjna Funduszy, w tym w szczególności ograniczenia i limity inwestycyjne oraz zasady dywersyfikacji aktywów". Znajdziesz tam również podstawowe informacje o polityce inwestycyjnej Subfunduszy.

VIII. JAKIE SĄ CELE INWESTYCYJNE, POLITYKA INWESTYCYJNA FUNDUSZY, W TYM W SZCZEGÓLNOŚCI OGRANICZENIA I LIMITY INWESTYCYJNE ORAZ ZASADY DYWERSYFIKACJI AKTYWÓW

W tabeli poniżej wymieniamy wszystkie dostępne w Umowie Fundusze i opisujemy ich cele inwestycyjne oraz politykę inwestycyjną. Fundusze zostały uporządkowane według rosnącego ryzyka inwestycyjnego.

Nazwa Funduszu	Cel inwestycyjny Funduszu	Ryzyko inwestycyjne Funduszu i gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Zmienność wartości Jednostki Funduszu	Charakterystyka aktywów Funduszu oraz zasady ich dywersyfikacji	Nazwa Subfunduszu, w którego jednostki uczestnictwa lokuje Fundusz i kategoria jednostek Subfunduszu	Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna
Fundusz Obligacji Skarbowych	Średnioterminowy i stabilny wzrost wartości Jednostki Funduszu poprzez inwestowanie w dominującym stopniu w skarbowe dłużne papiery wartościowe oraz skarbowe instrumenty rynku pieniężnego. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego.	Ryzyko inwestycyjne: niskie, okresowo średnie. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia określonej stopy zwrotu.	Wartość Jednostki Funduszu może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów.	Głównym składnikiem lokat Funduszu są jednostki uczestnictwa wskazanego Subfunduszu. Zaangażowanie Funduszu w jednostki uczestnictwa tego Subfunduszu wynosi nie mniej niż 85% wartości aktywów Funduszu. Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa Subfunduszu zapewnia w pośredni sposób dywersyfikację między instrumentami finansowymi, dążąc do osiągnięcia celu inwestycyjnego przy zamierzonym poziomie ryzyka. Poza jednostkami Subfunduszu, do 15% wartości aktywów Funduszu może być utrzymywane na rachunkach bankowych w celu zaspokojenia bieżących zobowiązań Funduszu.	Allianz Polskich Obligacji Skarbowych (jednostki uczestnictwa kategorii „Z") – subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz Allianz Polskich Obligacji Skarbowych jest subfunduszem o charakterze dłużnym, a jego celem inwestycyjnym jest wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Subfundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego. Subfundusz inwestuje nie mniej niż 80% aktywów netto w dłużne papiery wartościowe oraz instrumenty rynku pieniężnego emitowane, gwarantowane lub poręczone przez Skarb Państwa. W pozostałej części Subfundusz może inwestować m.in. w depozyty bankowe, listy zastawne oraz dłużne papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego inne niż emitowane, gwarantowane lub poręczone przez Skarb Państwa. Subfundusz może zawierać umowy mające za przedmiot Instrumenty Pochodne w celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego. Subfundusz stosuje zasady i ograniczenia inwestycyjne określone dla funduszu inwestycyjnego otwartego dążąc do uzyskania dywersyfikacji ryzyka inwestycyjnego.
Fundusz Obligacji Korporacyjnych	Średnioterminowy i stabilny wzrost wartości Jednostki Funduszu poprzez inwestowanie na rynku dłużnych papierów wartościowych, w tym na rynku instrumentów dłużnych emitowanych przez przedsiębiorstwa. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego.	Ryzyko inwestycyjne: niskie, okresowo średnie. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia określonej stopy zwrotu.	Wartość Jednostki Funduszu może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów.	Głównym składnikiem lokat Funduszu są jednostki uczestnictwa wskazanego Subfunduszu. Zaangażowanie Funduszu w jednostki uczestnictwa tego Subfunduszu wynosi nie mniej niż 85% wartości aktywów Funduszu. Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa Subfunduszu zapewnia w pośredni sposób dywersyfikację między instrumentami finansowymi, dążąc do osiągnięcia celu inwestycyjnego przy zamierzonym poziomie ryzyka. Poza jednostkami Subfunduszu, do 15% wartości aktywów Funduszu może być utrzymywane na rachunkach bankowych w celu zaspokojenia bieżących zobowiązań Funduszu.	Allianz Obligacji Plus (jednostki uczestnictwa kategorii „Z") – subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz Allianz Obligacji Plus jest subfunduszem o charakterze dłużnym, a jego celem inwestycyjnym jest wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Subfundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego. Subfundusz inwestuje głównie w instrumenty dłużne emitowane przez przedsiębiorstwa oraz emitowane i gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, rządy państw członkowskich Unii Europejskiej oraz innych państw należących do OECD, a także przez inne podmioty o wysokiej wiarygodności. Subfundusz może inwestować również w inne instrumenty finansowe o charakterze dłużnym oraz w depozyty bankowe. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są Instrumenty Pochodne. Subfundusz stosuje zasady i ograniczenia inwestycyjne określone dla funduszu inwestycyjnego otwartego dążąc do uzyskania dywersyfikacji ryzyka inwestycyjnego.

Nazwa Funduszu	Cel inwestycyjny Funduszu	Ryzyko inwestycyjne Funduszu i gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Zmienność wartości Jednostki Funduszu	Charakterystyka aktywów Funduszu oraz zasady ich dywersyfikacji	Nazwa Subfunduszu, w którego jednostki uczestnictwa lokuje Fundusz i kategoria jednostek Subfunduszu	Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna
Fundusz Stabilnego Inwestowania	Średnioterminowy i stabilny wzrost wartości Jednostki Funduszu poprzez inwestycje w dłużne papiery wartościowe, inne instrumenty finansowe o charakterze dłużnym oraz akcje. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego.	Ryzyko inwestycyjne: średnie. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia określonej stopy zwrotu.	Wartość Jednostki Funduszu może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych, zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów oraz koniunktury na krajowym i zagranicznych rynkach akcji.	Głównym składnikiem lokat Funduszu są jednostki uczestnictwa wskazanego Subfunduszu. Zaangażowanie w jednostki uczestnictwa tego Subfunduszu wynosi nie mniej niż 85% wartości aktywów Funduszu. Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa Subfunduszu zapewnia w pośredni sposób dywersyfikację między instrumentami finansowymi, dążąc do osiągnięcia celu inwestycyjnego przy zamierzonym poziomie ryzyka. Poza jednostkami Subfunduszu, do 15% wartości aktywów Funduszu może być utrzymywane na rachunkach bankowych w celu zaspokojenia bieżących zobowiązań Funduszu.	Allianz Stabilnego Wzrostu (jednostki uczestnictwa kategorii „Z") – subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz Allianz Stabilnego Wzrostu jest subfunduszem o charakterze mieszanym, a jego celem inwestycyjnym jest wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Subfundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego. Subfundusz inwestuje do 40% wartości aktywów netto w akcje i inne instrumenty finansowe o charakterze akcyjnym. W pozostałym zakresie środki inwestowane są w dłużne papiery wartościowe i inne instrumenty finansowe o charakterze dłużnym. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są Instrumenty Pochodne. Subfundusz stosuje zasady i ograniczenia inwestycyjne określone dla funduszu inwestycyjnego otwartego dążąc do uzyskania dywersyfikacji ryzyka inwestycyjnego.
Fundusz Zrównoważonego Inwestowania	Długoterminowy wzrost wartości Jednostki Funduszu poprzez inwestycje w akcje oraz dłużne papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego, przy podwyższonej zmienności Wartości Jednostek Funduszu. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego.	Ryzyko inwestycyjne: średnie, okresowo podwyższone. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia określonej stopy zwrotu.	Wartość Jednostki Funduszu może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od koniunktury na krajowym i zagranicznych rynkach akcji, zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów.	Głównym składnikiem lokat Funduszu są jednostki uczestnictwa wskazanego Subfunduszu. Zaangażowanie w jednostki uczestnictwa tego Subfunduszu wynosi nie mniej niż 85% wartości aktywów Funduszu. Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa Subfunduszu zapewnia w pośredni sposób dywersyfikację między instrumentami finansowymi, dążąc do osiągnięcia celu inwestycyjnego przy zamierzonym poziomie ryzyka. Poza jednostkami Subfunduszu, do 15% wartości aktywów Funduszu może być utrzymywane na rachunkach bankowych w celu zaspokojenia bieżących zobowiązań Funduszu.	Allianz Zrównoważony (jednostki uczestnictwa kategorii „Z") – subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz Allianz Zrównoważony jest subfunduszem o charakterze mieszanym, a jego celem inwestycyjnym jest wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Subfundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego. Subfundusz inwestuje od 40% do 60% wartości aktywów netto w akcje oraz od 20% do 60% wartości aktywów netto w dłużne papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego. Pozostałą część aktywów netto subfunduszu mogą stanowić m.in. depozyty bankowe. Subfundusz może zawierać umowy mające za przedmiot Instrumenty Pochodne w celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego. Subfundusz stosuje zasady i ograniczenia inwestycyjne określone dla funduszu inwestycyjnego otwartego dążąc do uzyskania dywersyfikacji ryzyka inwestycyjnego.

Nazwa Funduszu	Cel inwestycyjny Funduszu	Ryzyko inwestycyjne Funduszu i gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Zmienność wartości Jednostki Funduszu	Charakterystyka aktywów Funduszu oraz zasady ich dywersyfikacji	Nazwa Subfunduszu, w którego jednostki uczestnictwa lokuje Fundusz i kategoria jednostek Subfunduszu	Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna
Fundusz Rynku Akcji	Długoterminowy wzrost wartości Jednostki Funduszu poprzez inwestycje na krajowym i zagranicznych rynkach akcji przy znacznie podwyższonej zmienności wartości Jednostki Funduszu. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego.	Ryzyko inwestycyjne: wysokie. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia określonej stopy zwrotu.	Wartość jednostki Funduszu może wykazywać bardzo dużą zmienność (może podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym). Wartość Jednostki Funduszu zależy przede wszystkim od koniunktury na krajowym i zagranicznych rynkach akcji.	Głównym składnikiem lokat Funduszu są jednostki uczestnictwa wskazanego Subfunduszu. Zaangażowanie w jednostki uczestnictwa tego Subfunduszu wynosi nie mniej niż 85% wartości aktywów Funduszu. Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa Subfunduszu zapewnia w pośredni sposób dywersyfikację między instrumentami finansowymi, dążąc do osiągnięcia celu inwestycyjnego przy zamierzonym poziomie ryzyka. Poza jednostkami Subfunduszu, do 15% wartości aktywów Funduszu może być utrzymywane na rachunkach bankowych w celu zaspokojenia bieżących zobowiązań Funduszu.	Allianz Selektywny (jednostki uczestnictwa kategorii „Z") – subfundusz wydzielony w ramach Allianz FIO	Subfundusz Allianz Selektywny jest subfunduszem o charakterze akcyjnym, a jego celem inwestycyjnym jest wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Subfundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego. Subfundusz lokuje od 80% do 100% wartości aktywów netto w akcje i inne instrumenty oparte o akcje (warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe i obligacje zamienne). Instrumenty dłużne mogą stanowić od 0% do 20% wartości aktywów netto. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są Instrumenty Pochodne. Subfundusz stosuje zasady i ograniczenia inwestycyjne określone dla funduszu inwestycyjnego otwartego dążąc do uzyskania dywersyfikacji ryzyka inwestycyjnego
Fundusz Akcji Europejskich	Długoterminowy wzrost wartości Jednostki Funduszu poprzez inwestycje w dominującym stopniu na europejskich rynkach akcji przy znacznie podwyższonej zmienności wartości Jednostki Funduszu. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego.	Ryzyko inwestycyjne: wysokie. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia określonej stopy zwrotu.	Wartość Jednostki Funduszu może wykazywać bardzo dużą zmienność (może podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym). Wartość Jednostki Funduszu zależy przede wszystkim od koniunktury na rynkach akcji, zwłaszcza europejskich.	Głównym składnikiem lokat Funduszu są jednostki uczestnictwa wskazanego Subfunduszu. Zaangażowanie Funduszu w jednostki tego Subfunduszu będzie wynosiło nie mniej niż 85% wartości aktywów Funduszu. Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa Subfunduszu zapewnia w pośredni sposób dywersyfikację między instrumentami finansowymi, dążąc do osiągnięcia celu inwestycyjnego przy zamierzonym poziomie ryzyka. Poza jednostkami Subfunduszu, do 15% wartości aktywów Funduszu może być utrzymywane na rachunkach bankowych w celu zaspokojenia bieżących zobowiązań Funduszu lub lokowane w Instrumenty Pochodne w celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego związanego ze zmianą kursów walut w związku z lokatami Funduszu.	Allianz Europe Equity Growth Select (tytuły uczestnictwa kategorii „WT EUR") – subfundusz Zagranicznego Funduszu Inwestycyjnego Allianz Global Investors Fund, ustanowionego jako podmiot SICAV z siedzibą w Luksemburgu i zarządzanego przez spółkę Allianz Global Investors GmbH. SICAV (fr. Societe d'Investissement A Capital Variable) to rozpowszechniony w Europie Zachodniej model prawny spółek inwestycyjnych, w ramach których tworzone są i funkcjonują fundusze inwestycyjne.	Subfundusz jest subfunduszem o charakterze akcyjnym, a jego cel inwestycyjny to długoterminowy wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Subfundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego. Subfundusz lokuje przynajmniej 70% aktywów na europejskich rynkach akcji, z naciskiem na akcje wzrostowe przedsiębiorstw o dużej kapitalizacji rynkowej. Pozostałą część aktywów mogą stanowić akcje innego typu, depozyty terminowe, depozyty a vista, instrumenty rynku pieniężnego lub fundusze rynku pieniężnego do celów zarządzania płynnością oraz inne fundusze inwestycyjne typu UCITS i/lub UCI. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są Instrumenty Pochodne. Subfundusz jest produktem inwestycyjnym, który promuje między innymi aspekt środowiskowy lub społeczny, lub oba te aspekty, chociaż jego celem nie są zrównoważone inwestycje (art. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/2088 z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie ujawniania informacji związanych ze zrównoważonym rozwojem w sektorze usług finansowych).

Dodatkowe informacje o Subfunduszach

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

Informacje dotyczące Subfunduszu Allianz Europe Equity Growth Select, zarządzanego przez Allianz Global Investors GmbH, są dostępne na stronie https://pl.allianzgi.com w części Nasze fundusze.

IX. JAKIE RYZYKA INWESTYCYJNE WIĄŻĄ SIĘ Z INWESTOWANIEM W JEDNOSTKI FUNDUSZY

1. Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem środków w Fundusze, niezależnie od innych podziałów lub klasyfikacji, które wynikają z odrębnych przepisów prawa, na potrzeby tego Regulaminu podzieliliśmy na 3 grupy:
   1) niskie ryzyko inwestycyjne,
   2) średnie ryzyko inwestycyjne,
   3) wysokie ryzyko inwestycyjne.

   Gdy decydujesz się na inwestowanie w Jednostki Funduszu, weź pod uwagę ryzyka inwestycyjne związane z jego polityką inwestycyjną, która określa Subfundusz lub Subfundusze, w którego jednostki uczestnictwa Fundusz lokuje swoje aktywa.
2. Do najważniejszych ryzyk inwestycyjnych, które trzeba wziąć pod uwagę, należą:
   a) **ryzyko nieosiągnięcia oczekiwanego zwrotu z inwestycji** w jednostki Funduszu polega na tym, że rzeczywisty zwrot z inwestycji może być niższy niż początkowo zakładany lub oczekiwany przez Ciebie, co może skutkować tym, że stracisz część lub całość zgromadzonych przez Ciebie środków. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia określonej stopy zwrotu. Inwestycje na rynku kapitałowym obarczone są ryzykiem, które może powodować wahania wartości Jednostek Funduszu,
   b) **ryzyko rynkowe**, które przejawia się zmiennością wartości instrumentów finansowych w wyniku ogólnych tendencji na rynkach finansowych w kraju i na świecie; w szczególności nie możesz wykluczyć możliwości wystąpienia silnych spadków lub długoterminowego trendu spadkowego wartości Jednostek Funduszy,
   c) **ryzyko selekcji aktywów**, które wynika z przyjętych, w ramach polityki inwestycyjnej Subfunduszy, proporcji pomiędzy poszczególnymi rodzajami aktywów oraz doboru poszczególnych składników aktywów Subfunduszy,
   d) **ryzyko kredytowe** emitentów instrumentów finansowych, które wynika z pogorszenia kondycji finansowej emitenta, w tym obniżenia jego wiarygodności kredytowej, w szczególności nie możesz wykluczyć możliwości spadku wartości wyemitowanych przez emitenta instrumentów finansowych i tym samym jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a w związku z tym również spadku wartości Jednostek Funduszy,
   e) **ryzyko specyficzne dotyczące w szczególności instrumentów udziałowych**, związane z sytuacją poszczególnych spółek (emitentów) i ich kondycją finansową, której pogorszenie może spowodować zmniejszenie wartości akcji i innych instrumentów finansowych; ryzyko to ograniczamy poprzez lokowanie aktywów Funduszu w jednostki uczestnictwa Subfunduszy, których portfele papierów wartościowych są zdywersyfikowane,
   f) **ryzyko płynności** wynikające z możliwości wystąpienia sytuacji, w której ze względu na niskie obroty danym instrumentem finansowym, nie jest możliwe dokonanie transakcji pakietem tych instrumentów finansowych bez znaczącego wpływu na ich wartość, co może niekorzystnie wpłynąć na ceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a przez to ceny Jednostek Funduszy. Ryzyko płynności obejmuje również ryzyko wstrzymania odkupień jednostek uczestnictwa Subfunduszy, wchodzących w skład aktywów Funduszy,
   g) **ryzyko walutowe**, związane z możliwością straty lub zmniejszenia zysku w wyniku niekorzystnych zmian kursów walut; zmiany te negatywnie wpływają na wartość składników aktywów lub zobowiązania Funduszy, a przez to także na wartość Jednostek Funduszy,
   h) **ryzyko inflacji**, które może wpłynąć na realną stopę zwrotu z inwestycji; w szczególności nie możesz wykluczyć, że z uwagi na wysoki poziom inflacji realna stopa zwrotu z inwestycji w Jednostki Funduszu okaże się ujemna, pomimo tego, że nominalna stopa zwrotu z inwestycji w te Jednostki Funduszu będzie dodatnia,
   i) **ryzyko likwidacji funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszy**, których jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszu lub Subfunduszy. Taka likwidacja może prowadzić do sprzedaży aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszy po zaniżonej wartości, co może skutkować tym, że stracisz część lub całość zgromadzonych przez Ciebie środków,
   j) **ryzyko zawieszenia wycen Funduszu**, związane z możliwością zawieszenia wyceny jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszy, w które Fundusz lokuje swoje aktywa. Zawieszenie wyceny jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszy może wynikać na przykład z odwołania notowań na giełdzie, na której notowane są instrumenty finansowe wchodzące w skład aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszy lub z braku możliwości ustalenia Wartości Godziwej istotnej części aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, w szczególności nie możesz wykluczyć braku możliwości tworzenia oraz umarzania jednostek Funduszu,
   k) **ryzyko zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu**, co może negatywnie wpłynąć na wartość zgromadzonych przez Ciebie środków lub zmianę poziomu ryzyka inwestycyjnego Funduszu lub spowodować konieczność likwidacji Funduszu,
   l) **ryzyko zmiany polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy, co może negatywnie wpłynąć na wartość zgromadzonych przez Ciebie środków lub zmianę poziomu ryzyka inwestycyjnego Funduszu lub spowodować konieczność zastąpienia dotychczasowego Subfunduszu lub funduszu inwestycyjnego innym Subfunduszem lub funduszem inwestycyjnym.
3. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w Jednostki Funduszy ponosisz Ty oraz osoba uprawniona do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

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

1. Mamy prawo zmienić Fundusze, które są dostępne w Umowie. Zmiana może polegać na likwidacji Funduszu, połączeniu Funduszy, dodaniu nowego Funduszu lub zmianie polityki inwestycyjnej Funduszu.
2. Mamy prawo zlikwidować Fundusz, połączyć Fundusze lub zmienić politykę inwestycyjną Funduszu z istotnych przyczyn, tj. w wyniku:
   1) likwidacji funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
   2) zaprzestania udostępniania przez fundusz inwestycyjny kategorii jednostek Subfunduszu, w którą lokowane są aktywa Funduszu,
   3) zmiany sytuacji prawnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
   4) istotnej zmiany polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
   5) połączenia funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu z innym funduszem inwestycyjnym lub Subfunduszem, przejęcia funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu przez inny fundusz inwestycyjny lub Subfundusz,
   6) zawieszenia przez fundusz inwestycyjny lub Subfundusz odkupywania lub nabywania jednostek uczestnictwa,
   7) rozwiązania z inicjatywy towarzystwa funduszy inwestycyjnych zarządzającego funduszem inwestycyjnym lub Subfunduszem (dalej TFI), umowy z nami, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami,
   8) rozwiązania z naszej inicjatywy umowy z TFI, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami, z powodu:
      a) rażącego naruszenia warunków tej umowy lub rażącego naruszenia wykonywania umowy lub
      b) utraty zaufania do TFI spowodowanej nałożeniem na TFI kary przez Komisję Nadzoru Finansowego, Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów lub inny organ do tego uprawniony,
      c) podniesienia przez TFI opłat pobieranych z aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
      d) zaistnienia uzasadnionych przesłanek, które wskazują na zagrożenie wypłacalności TFI,
   9) objęcia TFI lub rynku, na którym działa, lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
   10) objęcia akcjonariusza TFI sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,

   o ile jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, który podlega jednej z wyżej wymienionych zmian stanowią ponad 30% aktywów Funduszu lub o ile zmiana uniemożliwia realizację polityki inwestycyjnej Funduszu lub powoduje brak możliwości funkcjonowania Funduszu.
3. Niezależnie od treści ust. 2 powyżej mamy prawo zmienić politykę inwestycyjną Funduszu – poprzez usunięcie możliwości lokowania środków Funduszu w jednostki uczestnictwa danego funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, w który lokowane są aktywa Funduszu, i dodanie możliwości lokowania środków Funduszu w jednostki uczestnictwa innego funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, z uwagi na rozwiązanie z naszej inicjatywy umowy z TFI, która

reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszem, z powodu:
   1) objęcia TFI lub rynku, na którym działa, lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
   2) objęcia akcjonariusza TFI sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje.
4. Istotną przyczyną likwidacji Funduszu lub zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu są również okoliczności niezależne od nas, które powodują brak możliwości funkcjonowania Funduszu na warunkach wskazanych w Umowie. Takimi okolicznościami w szczególności są zmiany w przepisach prawa, nowe wytyczne i rekomendacje wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz zmiany w otoczeniu makroekonomicznym, które skutkują brakiem możliwości realizacji celu inwestycyjnego we wskazanym horyzoncie inwestycyjnym.
5. Informację o planowanej zmianie udostępniamy z co najmniej 30-dniowym wyprzedzeniem. Jeśli z przyczyn od nas niezależnych nie jest możliwe udostępnienie informacji z takim wyprzedzeniem, to przekazujemy ją niezwłocznie po powzięciu przez nas informacji o konieczności wprowadzenia zmiany.
6. Informację o zmianie udostępnimy w szczególności za pośrednictwem Twojego indywidualnego konta w internetowym serwisie obsługi na stronie www.allianz.pl lub pisemnie.
7. Informacja o planowanej zmianie zawiera:
   1) nazwę Funduszu, który będzie podlegać zmianie, i datę, od której ta zmiana będzie obowiązywać,
   2) opis polityki inwestycyjnej Funduszu – w przypadku zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu,
   3) termin, w którym możesz złożyć:
      a) wniosek o przeliczenie Jednostek Funduszu, który podlega zmianie, na Jednostki innego Funduszu,
      b) oświadczenie o wyborze Funduszu, w którego Jednostki będzie alokowana część albo całość Regularnej Składki Kapitałowej, która dotychczas była alokowana w Jednostki Funduszu, który podlega zmianie,
   4) informację o wybranym przez nas innym Funduszu, którego cel inwestycyjny oraz strategia lokowania aktywów są najbardziej zbliżone do celu inwestycyjnego oraz strategii lokowania aktywów Funduszu, który podlega zmianie – w przypadku likwidacji Funduszu.
8. W dniu likwidacji Funduszu przeniesiemy środki zgromadzone przez Ciebie w Funduszu, który podlega zmianie:
   1) do innego, dostępnego w ramach Twojego Profilu Inwestycyjnego Funduszu, który wskazujesz w swoim wniosku lub oświadczeniu. Jeżeli wskazujesz Fundusz spoza swojego Profilu Inwestycyjnego, to taką dyspozycję składasz pisemnie i traktujemy ją jako wniosek o zmianę warunków Umowy na Twoje żądanie,

   albo
   2) jeśli nie złożysz takiego wniosku lub oświadczenia albo dokumenty te nie będą zgodne z postanowieniami Umowy – do Funduszu, który wskazaliśmy w informacji o planowanej zmianie.
9. Nazwa Subfunduszu lub funduszu inwestycyjnego, w który Fundusz inwestuje aktywa, może ulec zmianie. Jest to zmiana niezależna od nas i nie wymaga zmiany tego Regulaminu.
10. Informacja o planowanym dodaniu nowego Funduszu zawiera jego nazwę, datę utworzenia oraz cel inwestycyjny i opis polityki inwestycyjnej.

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu 94/2025 i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków o ubezpieczenie złożonych od 12 lipca 2025 r.

TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Inflancka 4B
00-189 Warszawa

Skontaktuj się z agentem

Infolinia: 224 224 224 opłata zgodna z taryfą danego operatora
www.allianz.pl

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP: 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w całości).

ZYTZALL-O14 08/26