Allianz

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ

Assistance onkologiczny

224 224 224 allianz.pl

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – ASSISTANCE ONKOLOGICZNY (OWU/ASSO/2/2024)

Poniższa tabela wskazuje informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Pojęcia zdefiniowane w tych warunkach ubezpieczenia, mają znaczenie nadane im w tych warunkach ubezpieczenia. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w § 1 warunków ubezpieczenia (pojęcia zdefiniowane są wyróżnione w treści warunków ubezpieczenia pogrubionym drukiem), to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie w danym postanowieniu.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2 ust 2, 4, 6, 9, Tabela nr 1, Tabela nr 2, Tabela nr 3 z uwzględnieniem definicji z § 1 §11 §12 ust 2 – 3, 10 z uwzględnieniem definicji z § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 2-9 limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 1; Tabela nr 2 Tabela nr 2 Rozdział I pkt 2-4, 10, 11 – każdorazowo informacje zawarte po myślniku. limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 3, limit łączny i sumy ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 3 z uwzględnieniem definicji z § 1, §3 z uwzględnieniem definicji z § 1.
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	W przypadku gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan pełnej ochrony – nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka). W przypadku gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan na dziś i jutro: § 9 ust. 1-2, 4, 5 z uwzględnieniem zapisów ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

ZYTER4ASSO-O01 01/24

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

Na podstawie tych warunków ubezpieczenia, zawierasz z nami, czyli z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną, umowę dodatkową – Assistance onkologiczny. Nazywamy ją w dalszej części warunków ubezpieczenia **umową dodatkową**.

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

- pojęć używanych przez nas, czyli definicji,
- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie),
- najważniejszych elementów **umowy dodatkowej**,
- obowiązków **Ubezpieczającego** oraz **Ubezpieczonych**,
- procesu wypłaty świadczeń.

Prosimy o zapoznanie się z rozdziałem „Definicje", w którym wyjaśniamy pojęcia używane w tych warunkach ubezpieczenia. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, używając go w tych warunkach ubezpieczenia, zawsze rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w rozdziale „Definicje". Pojęcia zdefiniowane zostały wyróżnione w treści warunków ubezpieczenia pogrubionym drukiem.

Gdy piszemy **Ty** lub **Ubezpieczający**, mamy na myśli osobę, która zawiera **umowę dodatkową** i jest odpowiedzialna za opłacanie składki.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej **umowy dodatkowej**.

Gdy piszemy **my** lub **Allianz**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółkę Akcyjną.

Gdy piszemy **umowa główna**, mamy na myśli zawartą z nami umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie, do której możesz zawrzeć tę **umowę dodatkową**.

Gdy piszemy **OWU**, mamy na myśli warunki ubezpieczenia **umowy głównej**.

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

W tym rozdziale wyjaśniamy pojęcia, których używamy w tych warunkach ubezpieczenia, zawartej na ich podstawie umowie dodatkowej oraz w pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy dodatkowej.

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) centrum operacyjne	AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstruktorskiej 12, podmiot zajmujący się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń objętych **umową dodatkową**.
2) działanie pod wpływem alkoholu	działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm^3.
3) dziecko	dziecko własne lub przysposobione **Ubezpieczonego**.
4) lekarz uprawniony	lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich.
5) lekarz prowadzący	lekarz, który prowadzi leczenie **Ubezpieczonego**, niebędący członkiem rodziny **Ubezpieczonego** ani **lekarzem uprawnionym**.
6) leki	zalecone **Ubezpieczonemu** leki gotowe, wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotuna terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty, oraz leki recepturowe, wskazane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego lub w osobnym dokumencie wystawionym przez Lekarza prowadzącego leczenie **Ubezpieczonego** podczas pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** lub w poradni onkologicznej.
7) małżonek	osoba, z którą **Ubezpieczony** pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
8) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy głównej**, a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
9) partner	osoba pozostająca z **Ubezpieczonym** w związku nieformalnym, która nie jest spokrewniona z **Ubezpieczonym** w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej z **Ubezpieczonym**, która jednocześnie prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
10) placówka medyczna	**szpital**, przychodnia lub gabinet medyczny, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego w ramach systemu opieki zdrowotnej.
11) polisa	dokument potwierdzający zawarcie **umowy ubezpieczenia**.
12) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy głównej**, a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy głównej**.
13) rodzic Ubezpieczonego	ojciec **Ubezpieczonego** lub matka **Ubezpieczonego**, lub ojczym **Ubezpieczonego**, lub macocha **Ubezpieczonego**.
14) 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.
15) sprzęt rehabilitacyjny	sprzęt niezbędny **Ubezpieczonemu** do rehabilitacji, umożliwiający mu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
16) szpital	zakład opieki zdrowotnej przeznaczony zgodnie z przepisami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczenia przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum.
17) transport medyczny	transport realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; za transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.
18) Ubezpieczone dziecko	dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu **umowy dodatkowej**, oraz które w momencie objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach **umowy dodatkowej** nie ukończyło 25 roku życia, będące również **Ubezpieczonym**.
19) umowa ubezpieczenia	**umowa główna** wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do **umowy głównej**.
20) zaawansowany nowotwór	rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia **zaawansowanego nowotworu** przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypada po wygaśnięciu okresu ochrony.

ZAKRES OCHRONY

W tym rozdziale przedstawiamy najważniejsze informacje o zakresie ochrony. Opisujemy tu, co obejmujemy i czego nie obejmujemy ochroną w ramach umowy dodatkowej.

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**.
2. W przypadku, gdy w okresie ochrony Ubezpieczonemu zostanie: zdiagnozowany **zaawansowany nowotwór** lub wydana karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych na zasadach określonych w tabeli nr 1.
3. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 20 świadczeń medycznych, o których mowa w tabeli nr 1, w odniesieniu do tego samego rozpoznania (niezależnie od liczby wydanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego). Przy tym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **Ubezpieczony** może skorzystać tylko raz na każde rozpoznanie.
4. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez **lekarza prowadzącego** leczenie **Ubezpieczonego**, w związku z tym samym rozpoznaniem.

Tabela nr 1 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** w przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** lub wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA			
Świadczenia medyczne dla **Ubezpieczonego** wykonywane wyłącznie na terenie Polski, maksymalnie dwadzieścia świadczeń na jedno zdarzenie			Wysokość limitu na jedno zdarzenie
I. KONSULTACJE			świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu świadczeń medycznych do wykorzystania
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			
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			maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu świadczeń medycznych do wykorzystania
20. tomografia komputerowa			maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu świadczeń medycznych do wykorzystania

5. W przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u **Ubezpieczonego**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń na zasadach określonych w tabeli nr 2.

Tabela nr 2 (świadczenia dla **Ubezpieczonego**)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Wysokość limitu na jedno zdarzenie
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego	
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu **sprzętu rehabilitacyjnego**	
Gdy w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego**, zgodnie ze wskazaniem **lekarza prowadzącego**, **Ubezpieczony** 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 w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego**, zgodnie ze wskazaniem **lekarza prowadzącego** wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu **Ubezpieczonego** posiłków – koszt posiłków pokrywa **Ubezpieczony**.	
3. Dostarczenie **leków** zleconych przez lekarza do miejsca pobytu **Ubezpieczonego**	
Gdy w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego**, zgodnie ze wskazaniem **lekarza prowadzącego**, wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu **Ubezpieczonego leków** zaleconych przez lekarza – koszt **leków** pokrywa **Ubezpieczony**.	
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu **Ubezpieczonego**	
Gdy w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego** 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 w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczony** używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez **Ubezpieczonego**, do wysokości wskazanego obok limitu.	5000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
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 w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego** 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 w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego**, wymagana jest opieka nad jego niepełnoletnimi **dziećmi** lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.	
10. Opieka nad psem lub kotem	
Gdy w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego**, wymagana jest opieka nad psem lub kotem, na wniosek **Ubezpieczonego**, w miejscu jego pobytu zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki nad psem lub kotem, w zakresie: karmienia, wyprowadzania na spacer, utrzymania higieny – nie pokrywamy kosztu zakupu karmy oraz środków higieny.	
11. Pomoc domowa w miejscu pobytu **Ubezpieczonego**	
Gdy w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego**, 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 pięć konsultacji w odniesieniu do jednego zdarzenia
Gdy w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczony** chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	

13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	
Gdy w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego**, zgodnie ze wskazaniem **lekarza prowadzącego**, wymagana jest rehabilitacja **Ubezpieczonego**, zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których będą wykonywane:	maksymalnie jedno świadczenie w odniesieniu do jednego zdarzenia (10 konsultacji stanowi łącznie 1 świadczenie)
• 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	
1.Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/ narządów	
W razie zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa lub dziecka **Ubezpieczonego**, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania **Ubezpieczonemu** testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/ narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego **zaawansowanego nowotworu** – 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 **zaawansowany nowotwór** zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków rodziny **Ubezpieczonego**.	maksymalnie jeden test w odniesieniu do jednego zdarzenia
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	
W razie zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa lub dziecka **Ubezpieczonego**, zorganizujemy i pokryjemy **Ubezpieczonemu** koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów u **Ubezpieczonego**.	maksymalnie jedna konsultacja w odniesieniu do jednego zdarzenia
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 pięć konsultacji w odniesieniu do jednego zdarzenia

6. Ponadto, w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego zaawansowanego nowotworu**, **Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**suma ubezpieczenia assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 3.
7. Świadczenie, o którym mowa w ust. 6, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 3.
8. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń, o których mowa w ust. 6, jest ograniczone do wysokości **sum ubezpieczenia assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, wskazanych w tabeli nr 3. **Sumy ubezpieczenia assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo są obniżane o kwotę, która stanowi wartość danego świadczenia assistance wykonanego z tytułu zdarzenia.

Tabela nr 3 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** w przypadku zdiagnozowania u niego **zaawansowanego nowotworu** związane z jego **małżonkiem**, **partnerem**, **dzieckiem** lub rodzeństwem)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	**Suma ubezpieczenia assistance** dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. Pomoc assistance związana z małżonkiem albo partnerem, lub dzieckiem	3000 zł maksymalnie pięć konsultacji łącznie dla **małżonka** albo **partnera**, lub **dziecka** w odniesieniu do jednego zdarzenia
Psychoonkolog	
Gdy w wyniku **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego**, jego **małżonek** albo **partner** lub **dziecko** chce 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	
1.Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	
W razie zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu u Ubezpieczonego**, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania biologicznemu dziecku lub rodzeństwu **Ubezpieczonego** testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego **zaawansowanego nowotworu** – 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 **zaawansowany nowotwór** zdiagnozowany u **Ubezpieczonego**.	5000 zł maksymalnie jeden test dla każdego z biologicznych dzieci lub rodzeństwa **Ubezpieczonego**, (niezależnie od liczby badanych genów w ramach jednego testu) w odniesieniu do jednego zdarzenia

2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	3000 zł maksymalnie jedna konsultacja dla każdego biologicznego dziecka lub rodzeństwa **Ubezpieczonego** w odniesieniu do jednego zdarzenia
W razie **zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego**, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego biologicznemu dziecku lub rodzeństwu **Ubezpieczonego**.	
3. Psychoonkolog	3000 zł maksymalnie pięć konsultacji łącznie dla biologicznego dziecka lub rodzeństwa w odniesieniu do jednego zdarzenia
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.	

8. W przypadku przeprowadzenia u **Ubezpieczonego** operacji plastycznej (na terytorium Polski w warunkach bloku operacyjnego), w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała **Ubezpieczonego**, które powstały w wyniku operacyjnego usunięcia **zaawansowanego nowotworu**, pokryjemy koszt tej operacji za pośrednictwem **centrum operacyjnego** do wysokości 20 000 zł w odniesieniu do jednego **zaawansowanego nowotworu**.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń zaistniałych wskutek:
   a) nieprzestrzegania przez **Ubezpieczonego** zaleceń **lekarza prowadzącego**;
   b) spożycia leków niezaordynowanych przez **lekarza prowadzącego**, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
   c) spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
   d) leczenia eksperymentalnego lub o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
   e) reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń.
2. Za **zaawansowany nowotwór** nie uznajemy niżej wymienionych:
   a) zespoły mielodysplastyczne;
   b) nowotwory mieloproliferacyjne z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej;
   c) nowotwory łagodne, nieinwazyjne;
   d) zmiany przednowotworowe;
   e) nowotwory przedinwazyjne in situ (Tis);
   f) dysplazja dużego stopnia;
   g) środnabłonkowa neoplazja szyjkowa (CIN 1, 2, 3);
   h) guzy o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości;
   i) brodawkowaty mikro-rak tarczycy;
   j) rak pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM;
   k) rak gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6);
   l) nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM;
   m) nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
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, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie świadczeń, jeśli nastąpiło to w wyniku działania **siły wyższej**.
5. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazanych w tabeli nr 1 lub **sumę ubezpieczenia assistance** wskazaną w tabeli nr 3, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem lub **sumą ubezpieczenia assistance**.
6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów świadczeń wskazanych w tabeli nr 1, 2 i 3 poza terytorium Polski.

NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY DODATKOWEJ ORAZ PRAWA I OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z UMOWĄ DODATKOWĄ

W tej części piszemy, kto może być objęty ubezpieczeniem oraz jak zawrzeć umowę dodatkową. Dowiesz się tu również, m.in. na jaki okres zawierasz umowę dodatkową, kiedy zaczyna i kończy się ochrona ubezpieczeniowa, jakie są prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego związane z umową dodatkową, jak obliczamy składkę oraz w jaki sposób przekazujemy informacje o warunkach umowy dodatkowej. Wyjaśnimy także, jak odstąpić od umowy dodatkowej i jak ją wypowiedzieć.

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO DZIECKA

1. **Umowę dodatkową** możesz zawrzeć na własny rachunek lub na rachunek innego **Ubezpieczonego** (w tym również **Ubezpieczonego dziecka**) objętego ochroną z tytułu **umowy głównej**, o ile umowa główna przewiduje taką możliwość.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o objęcie jej ochroną w ramach **umowy dodatkowej** ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 65 lat, a w przypadku **Ubezpieczonego dziecka** nie ma ukończonych 25 lat.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

1. **Umowę dodatkową** zawierasz na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
2. Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania.
3. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej** oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów, oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe, w wyniku czego możemy:
   a) zaakceptować Twój wniosek i zawrzeć **umowę dodatkową** na zaproponowanych przez Ciebie warunkach;
   b) odmówić zawarcia **umowy dodatkowej** ze względu na niezaakceptowanie ryzyka ubezpieczeniowego;
   c) zaproponować Ci zawarcie **umowy dodatkowej** na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.
4. Zawarcie **umowy dodatkowej** potwierdzimy poprzez wystawienie **polisy** lub aneksu do **polisy**.
5. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną przez Ciebie ofertę doręczymy Ci **polisę** lub aneks do **polisy** zawierający postanowienia, które odbiegają na Twoją niekorzyść od treści złożonej nam oferty, jesteśmy zobowiązani zwrócić Ci na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu i wyznaczyć Ci co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. Jeśli nie dopełnimy tego obowiązku, zmiany, które wprowadziliśmy na Twoją niekorzyść nie są skuteczne, a **umowa dodatkowa** jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Jeśli nie wniesiesz sprzeciwu, **umowa dodatkowa** dochodzi do skutku zgodnie z treścią **polisy** lub aneksu do **polisy** następnego dnia po upływie terminu na złożenie sprzeciwu.
6. Jeżeli odmówimy Ci zawarcia **umowy dodatkowej** lub wniesiesz sprzeciw, o którym mowa w ustępie powyżej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia **umowy dodatkowej** lub odpowiednio od daty złożenia nam sprzeciwu.

7. Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym zapłacisz składkę z tytułu **umowy dodatkowej**.
8. Jeżeli zawrzesz **umowę dodatkową** w trakcie obowiązywania **umowy głównej** to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** rozpocznie się w najbliższą **miesięcznicę polisy**, z zastrzeżeniem ust. 7.
9. Dzień rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polisy**.

§ 6. CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ, JEJ ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE OCHRONY

1. **Umowę dodatkową** zawierasz z nami na okres 1 roku.
2. **Umowa dodatkowa** przedłuża się na kolejny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu **umowy dodatkowej**, przy czym możesz złożyć nam takie oświadczenie przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia, zaś my możemy złożyć Ci je najpóźniej na miesiąc przed jego upływem.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a **umowa dodatkowa** ulega rozwiązaniu – w zależności od tego, które zdarzenie z wymienionych poniżej nastąpiło wcześniej:
   a) z upływem okresu, na który została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 2,
   b) z chwilą śmierci **Ubezpieczonego** lub **Ubezpieczonego dziecka**,
   c) z dniem **rocznicy polisy** bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem** 66 lat, a w przypadku **umowy dodatkowej** zawartej na rachunek **Ubezpieczonego dziecka** – z dniem **rocznicy polisy** bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczone dziecko** 26 lat,
   d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
   e) z dniem poprzedzającym dzień przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile postanowienia **umowy głównej** przewidują takie rozwiązanie),
   f) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy dodatkowej** – Ubezpieczenie na życie dziecka – o ile w ramach **umowy dodatkowej** objęte ochroną jest **Ubezpieczone dziecko**,
   g) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
   h) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od **umowy dodatkowej**, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy dodatkowej** lub od dnia potwierdzenia tej informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostało wysłane przed jego upływem.
3. W przypadku odstąpienia od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 8. WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz wypowiedzieć **umowę dodatkową** w każdym czasie składając nam oświadczenie o wypowiedzeniu. **Umowa dodatkowa** ulega wówczas rozwiązaniu z dniem najbliższej **miesięcznicy polisy**.
2. W przypadku wypowiedzenia **umowy dodatkowej** zwrócimy Ci wpłaconą składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 7 dni od daty rozwiązania **umowy dodatkowej**.

§ 9. SKŁADKA

1. Składkę z tytułu **umowy dodatkowej** ustalamy na podstawie obowiązującej taryfy składek oraz wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Jesteś zobowiązany do opłacania składki z tytułu **umowy dodatkowej** w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu **umowy głównej**.
3. Określone w **OWU** konsekwencje nieopłacenia składki z tytułu **umowy głównej** stosujemy również do składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Możemy zaproponować Ci nową wysokość składki w każdym kolejnym rocznym okresie trwania **umowy dodatkowej**. W takiej sytuacji, najpóźniej na 30 dni przed upływem bieżącego okresu ochrony doręczymy Ci propozycję zmiany wysokości składki w kolejnym okresie trwania **umowy dodatkowej**.
5. Możesz przyjąć naszą propozycję kontynuacji **umowy dodatkowej** oraz zmiany wysokości składki – wystarczy, że wpłacisz składkę w zaproponowanej przez nas wysokości.

§ 10. OBOWIĄZKI INFORMACYJNE ORAZ ZASADY OBOWIĄZUJĄCE W UBEZPIECZENIU NA CUDZY RACHUNEK

1. Przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków **umowy dodatkowej** lub zmianę prawa właściwego dla **umowy dodatkowej** przekażemy **Ubezpieczającemu**, na piśmie lub – jeżeli wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. Poinformujemy **Ubezpieczającego**, na piśmie lub – jeżeli wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu **umowy dodatkowej**, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania **umowy dodatkowej**. Po raz pierwszy informacje te przekażemy **Ubezpieczającemu** nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**.
3. Informacje, o których mowa w ust. 1 i 2, za zgodą **Ubezpieczającego**, możemy przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
4. **Ubezpieczający** jest zobowiązany do przekazania **Ubezpieczonemu**, na piśmie lub – jeżeli **Ubezpieczony** wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacji określonych w ust. 1 i 2. Informacje te przekazuje się **Ubezpieczonemu**:
   a) przed wyrażeniem przez **Ubezpieczającego** zgody na zmianę warunków **umowy dodatkowej** lub prawa właściwego dla **umowy dodatkowej** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 1;
   b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez nas **Ubezpieczającemu** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 2.
5. Na żądanie **Ubezpieczonego**, przekażemy mu informacje określone w ust. 1 i 2.

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

W tej części znajdują się informacje o tym, co należy zrobić w razie zajścia zdarzenia, jakie są zasady wypłaty świadczenia z umowy dodatkowej oraz na czyją rzecz wypłacimy to świadczenie.

§ 11. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA

W razie zajścia zdarzenia należy poinformować nas o tym fakcie. Zdarzenie można zgłosić między innymi:
a) telefonicznie 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
b) na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 12,
c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.

§ 12. ZASADY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia:
   a) informujemy o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (jeżeli to nie oni wystąpili z tym zawiadomieniem), oraz
   b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
   c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Dokumenty te powinny zostać przesłane lub dostarczone do **centrum operacyjnego**.
2. Świadczenie realizujemy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. Zasad opisanych w ustępach 1 i 2 nie stosujemy, jeżeli świadczenie spełniliśmy bezpośrednio po zgłoszeniu nam zdarzenia lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
4. Zdarzenia, które wydarzyły się poza granicami Polski, można nam potwierdzić, dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
5. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
6. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli te okoliczności wyjaśnić.
7. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.
8. Jeżeli nie zrealizujemy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej**, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także zrealizujemy bezsporną część świadczenia.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie), wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
10. W porozumieniu z Tobą ustalimy za pośrednictwem **centrum operacyjnego** miejsce realizacji świadczeń medycznych i zorganizujemy te świadczenia we współpracującym podmiocie lub **placówce medycznej** w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 1 lit. c.
11. Wartość poszczególnych świadczeń assistance jest ustalana każdorazowo na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego województwa w dniu organizacji przez nas świadczenia. Zanim skorzystasz ze świadczenia, poinformujemy Cię o jego wartości oraz o tym, jak wpłynie na łączny limit lub **sumy ubezpieczenia assistance**.
12. W celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia w odniesieniu do **dziecka**, **małżonka**, **partnera**, w zakresie określonym w art. 38 ust.2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej potrzebujemy informacji o stanie ich zdrowia. Dlatego do zgłoszenia roszczenia z tytułu świadczeńzwiązanych z **dzieckiem**, **małżonkiem**, **partnerem**, 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).

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

W tej części dowiesz się w jaki sposób możesz złożyć reklamację, skargę lub zażalenie na nasze usługi. Dowiesz się tu również, m.in. jakie są dostępne sposoby rozwiązywania sporów oraz jakie przepisy stosujemy w sprawach nieuregulowanych w umowie ubezpieczenia.

§ 13. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
   a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
   b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224 – opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
   c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak 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.
4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 14. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. 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.
3. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy odr służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: http://ec.europa.eu/consumers/odr/.

§ 15. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

1. Jesteśmy administratorem danych osobowych, które zbieramy w związku z zawarciem i wykonaniem **umowy dodatkowej** zawartej na podstawie tych warunków ubezpieczenia.
2. Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez nas danych osobowych, przekazujemy zbierając dane. Dodatkowo, informacje te dostępne są dla wszystkich na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.

§ 16. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający**, **Ubezpieczony** oraz my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający** i **Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązany do poinformowania **Ubezpieczającego** i **Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie zastosowanie znajdują **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
3. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
4. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa).
6. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
   a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
   b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
   c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 35/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 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 kwocie 87 267 500 złotych).

ZYTER4ASSO-O01 01/24