Allianz

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ

Assistance wypadkowy

224 224 224 allianz.pl

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – ASSISTANCE WYPADKOWY (OWU/ASSW/3/2024)

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. 2-3, 6-8; Tabela nr 1; Tabela nr 2; § 11; § 12 ust. 2-3, 9-10 z uwzględnieniem definicji z § 1 Wykaz procedur medycznych, stanowiący Załącznik nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Assistance wypadkowy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3-5, 7; § 3 uwzględnieniem definicji z § 1 zakres terytorialny, procedury medyczne, limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 1, Tabela nr 1: a) pkt 1 – postanowienie dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, b) wiersz znajdujący się pod pkt. 19, z uwzględnieniem definicji z § 1 zakres terytorialny, procedury medyczne, limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 2, Tabela nr 2: a) Rozdział I pkt 2 zdanie ostatnie, b) Rozdział I – każdorazowo postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, c) Rozdział II lit. a.-c. – każdorazowo informacje zawarte w nawiasach z uwzględnieniem definicji z § 1 Wykaz procedur medycznych, stanowiący Załącznik nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Assistance wypadkowy

ZYTER4ASSW-O01 01/24

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 postanowień 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.

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

Na podstawie tych warunków ubezpieczenia, zawierasz z nami, czyli z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną, umowę dodatkową – Assistance wypadkowy. 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**.

Na podstawie tych warunków ubezpieczenia organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń wykonywanych przez inne podmioty. Usługi w zakresie świadczeń assistance, telemedycyny oraz świadczeń medycznych świadczy na naszą rzecz AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwana w dalszej części tych warunków ubezpieczenia **centrum operacyjnym**.

Do tych warunków ubezpieczenia dołączyliśmy załącznik nr 1: Wykaz procedur medycznych.

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) akt przemocy	bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiekolwiek dobro chronione prawem, za **akt przemocy** nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) centrum operacyjne	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, podmiot zajmujący się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń objętych **umową dodatkową.**
5) 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.
6) lekarz prowadzący	lekarz, który prowadzi leczenie **Ubezpieczonego**, niebędący członkiem rodziny **Ubezpieczonego**.
7) 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.
8) licencjonowane linie lotnicze	przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa.
9) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy ubezpieczenia**, a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
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) przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej	stan zagrożenia życia, który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego, za który uważa się: a) zatrucia lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utratę przytomności, omdlenia, 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 będące efektem urazu oraz urazy uniemożliwiające samodzielne poruszanie się; d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażeń i niedowładów; e) ciężką reakcję anafilaktyczną na ukąszenia, leki lub środki spożywcze.
13) 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**.
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) wada wrodzona	nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99).
21) wyczynowe uprawianie sportu	uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych oraz udziale w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
22) wypadek	gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria: a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia **Ubezpieczonego**, b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia (przy czym za przyczynę zewnętrzną w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uznaje się stresu lub przeżyć **Ubezpieczonego**), c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy dodatkowej**, d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.

23) zabieg operacyjny	operacja ortopedyczna, laryngologiczna lub chirurgiczna przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego, mająca na celu leczenie urazów doznanych przez **Ubezpieczonego** w wyniku **wypadku**.
24) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.
25) zawodowe uprawianie sportu	uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.

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 **Ubezpieczony** ulegnie **wypadkowi**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych wskazanych w tabeli nr 1 na zasadach określonych w tej tabeli, ust. 3-5 poniżej oraz załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia, przy uwzględnieniu wskazanych w tabeli nr 1 limitów dla danego świadczenia na każdy **wypadek**.
3. Świadczenia medyczne są realizowane na podstawie skierowania od **lekarza prowadzącego** leczenie **Ubezpieczonego** (za wyjątkiem wizyty lekarskiej lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry).
4. Nasza odpowiedzialność jest ograniczona do 10 świadczeń medycznych (z niżej wskazanych dostępnych 19 świadczeń medycznych) na każdy **wypadek**, przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **Ubezpieczony** może skorzystać tylko jeden raz na każdy **wypadek**.
5. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej jest traktowane jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby badań, które **lekarz prowadzący** leczenie **Ubezpieczonego** zlecił do wykonania na jednym skierowaniu w związku z **wypadkiem**.

Tabela nr 1 (świadczenia medyczne dla **Ubezpieczonego** w razie wystąpienia **wypadku**)

RODZAJ ŚWIADCZENIA	
Świadczenia medyczne dla **Ubezpieczonego** wykonywane wyłącznie na terenie Polski. **Do wykorzystania maksymalnie dziesięć świadczeń medycznych na jeden wypadek:**	Wysokość limitu na jeden **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 w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych do wykorzystania
Po uzyskaniu skierowania od **lekarza prowadzącego** leczenie:	
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	
13. Zabiegi ambulatoryjne*	
14. Diagnostyka laboratoryjna*	
16. Badania radiologiczne (RTG)*	
17. Badania ultrasonograficzne (USG)*	
18. Rezonans magnetyczny*	maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych do wykorzystania
19. Tomografia komputerowa*	maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych do wykorzystania

* Świadczenia realizowane w zakresie procedur medycznych wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia – Wykaz procedur medycznych.

6. W przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń wymienionych w tabeli nr 2, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance i telemedycyny na zasadach określonych w tej tabeli oraz załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia, przy uwzględnieniu wskazanych w tabeli nr 2 limitów dla danego świadczenia na każde zdarzenie.
7. Świadczenia assistance są realizowane na podstawie skierowania od **lekarza prowadzącego** leczenie **Ubezpieczonego** (pkt I, ppkt. 1, 2, 4, 5 tabeli nr 2) lub wskazania **lekarza prowadzącego** leczenie **Ubezpieczonego** (pkt I, ppkt. 3, 6, 7, 8). Nie wymagamy skierowań lub wskazań do realizacji świadczeń w zakresie telemedycyny (pkt II tabeli nr 2).

Tabela nr 2 (świadczenia assistance i telemedycyny dla **Ubezpieczonego** w razie wystąpienia **wypadku**)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	**Wysokość limitu na jedno zdarzenie**
Świadczenia assistance i telemedycyny wykonywane są wyłącznie na terenie Polski.	
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 w wyniku **wypadku Ubezpieczonego** na podstawie skierowania od **lekarza prowadzącego**.	
2. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	30 zabiegów
Zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji **Ubezpieczonego** (w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej), której przeprowadzenie jest wymagane w wyniku **wypadku Ubezpieczonego** 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 wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia.	
3. **Transporty medyczne** ze wskazaną przez **Ubezpieczonego** osobą	20 **transportów medycznych**
a) Zorganizujemy i pokryjemy koszty **transportu medycznego** z miejsca pobytu **Ubezpieczonego** do **placówki medycznej** wskazanej przez **lekarza prowadzącego**, gdy w wyniku **wypadku Ubezpieczonego**, 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** do **placówki medycznej**. b) Zorganizujemy i pokryjemy koszty **transportu medycznego** z **placówki medycznej** do **placówki medycznej**, gdy w wyniku **wypadku Ubezpieczonego**, **Ubezpieczony** skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej **placówce medycznej** i zgodnie ze wskazaniem **lekarza prowadzącego**, stan zdrowia **Ubezpieczonego** wskazuje na konieczność skorzystania z **transportu medycznego** do **placówki medycznej**. c) Zorganizujemy i pokryjemy koszty **transportu medycznego** do miejsca pobytu **Ubezpieczonego**, gdy w wyniku **wypadku Ubezpieczonego**, **Ubezpieczony** przebywa w **placówce medycznej** i zgodnie ze wskazaniem **lekarza prowadzącego**, stan zdrowia **Ubezpieczonego** wskazuje na konieczność skorzystania z **transportu medycznego** do **placówki medycznej**. **Transporty medyczne** są organizowane, gdy nie zachodzi **przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej**.	
4. Pomoc psychologa	3 wizyty lub zdalne konsultacje
Zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru **Ubezpieczonego**, wizyt u psychologa lub zdalnych konsultacji z psychologiem, gdy w wyniku **wypadku Ubezpieczonego**, zgodnie ze skierowaniem od **lekarza prowadzącego**, **Ubezpieczony** wymaga skorzystania z pomocy psychologa.	
5. Leczenie stomatologiczne	2000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia stomatologicznego, gdy w wyniku **wypadku Ubezpieczonego**, 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 w wyniku **wypadku Ubezpieczonego**, 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 w wyniku **wypadku Ubezpieczonego**, zgodnie ze wskazaniem **lekarza prowadzącego**, **Ubezpieczony** wymaga przyjmowania przepisanych **leków** lub korzystania ze środków opatrunkowych.	
II. Telemedycyna w razie wystąpienia u **Ubezpieczonego wypadku**	6 porad lekarskich w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem czatu (w ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy), które obejmują wymienione niżej usługi:	
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.	

8. W przypadku przeprowadzenia u **Ubezpieczonego** operacji plastycznej na terytorium Polski w warunkach bloku operacyjnego, która ma na celu usunięcie blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała **Ubezpieczonego**, powstałych w wyniku **wypadku**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** pokryjemy jej koszt do wysokości 8 000 zł w odniesieniu do jednego **wypadku**.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń zaistniałych wskutek:
   a) **działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
   b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których **Ubezpieczony** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**,
   c) popełnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
   d) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy**, **aktach terroru** lub **zamieszkach**,
   e) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w następujących aktywnościach sportowych: nurkowanie, speleologia, górskie spływy wodne lub canyoning, skoki do wody poza basenem, wspinaczka górska, skałkowa lub lodowa, narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo lub snowboarding akrobatyczny, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), lotniarstwo, baloniarstwo, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, skoki na linie, skoki spadochronowe, skoki powietrzne z wysokości, sporty motorowe lub motorowodne, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, sporty walki, wyścigi konne, wyprawy do obszarów podbiegunowych, buszu, dżungli, lodowców, wysokich gór powyżej 4000 m n.p.m., na pustynie, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running), żeglarstwo morskie lub oceaniczne,
   f) **wyczynowego** lub **zawodowego uprawiania sportu** przez **Ubezpieczonego,**
   f) uczestniczenia **Ubezpieczonego** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów,
   g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
   h) poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez **lekarza prowadzącego** leczenie **Ubezpieczonego**,
   i) zatrucia się przez **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**,
   j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez **Ubezpieczonego**, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek **wypadku**,
   k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) **Ubezpieczonego**,
   l) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
   m) prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **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 **wypadku**,
   n) nieprzestrzegania przez **Ubezpieczonego** zaleceń **lekarza prowadzącego**,
   o) leczenia eksperymentalnego **Ubezpieczonego** lub o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie.
2. **Zabiegiem operacyjnym** w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia 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 **wypadków**;
   e) cięcia cesarskiego.
3. Nasza odpowiedzialność 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 zdarzenia, 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), realizujące świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).
4. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje **lekarz prowadzący**.
5. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie świadczeń, jeśli nastąpiło to w wyniku działania **siły wyższej**.
6. 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.
7. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazany w tabeli nr 2, wykonamy tę usługę, gdy uzyskamy zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów świadczeń medycznych oraz świadczeń assistance i telemedycyny poza terytorium Polski.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **Ubezpieczonego**.

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. W tym rozdziale wyjaśniamy także jak odstąpić od umowy dodatkowej i wypowiedzieć umowę dodatkową.

§ 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 69 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 wystawiając **polisę** lub aneks 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** ulega przedłużeniu 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**,
   c) z dniem **rocznicy polisy** bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem** 70 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** ochroną objęte 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 tej umowy, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** jest liczony 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 jej zawarciu lub od dnia potwierdzenia 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** zostanie wysłane przed jego upływem.
3. Jeżeli odstąpisz 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 tej ochrony.

§ 8. WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 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 ubezpieczeniowego, 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 realizację świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. Zdarzenia, które wydarzyły się poza granicami Polski można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
5. 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 wyjaśnić te okoliczności.
6. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.
7. 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.
8. 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) i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Miejsce realizacji świadczeń medycznych ustalimy, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** w porozumieniu z Tobą i w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 1 lit. c), zorganizujemy świadczenie medyczne we współpracującym podmiocie lub **placówce medycznej**.
10. 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 kosztów.

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, w tych warunkach ubezpieczenia lub w OWU.

§ 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 zobowiązani 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 www.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 40/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

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

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).

ZYTER4ASSW-O01 01/24