Allianz

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ

Opieka medyczna bez granic

224 224 224 allianz.pl

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – OPIEKA MEDYCZNA BEZ GRANIC (OWU/CAR/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:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 2 pkt 2, pkt 6, pkt 9, pkt 11, pkt 15, pkt 17, pkt 18, pkt 19, pkt 20, pkt 22, pkt 24, pkt 25, pkt 26, pkt 27, pkt 31, pkt 32, pkt 33, pkt 34, pkt 35, pkt 39, pkt 40, pkt 41, pkt 42, pkt 43 – § 3 ust. 1, ust. 2, ust. 3, ust. 4, ust. 5, ust. 6, ust.7 pkt 1, pkt 2, pkt 3, pkt 4, pkt 5, pkt 6 – § 9 – § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 2 pkt 2, pkt 6, pkt 8, pkt 9, pkt 11, pkt 15, pkt 17, pkt 18, pkt 19, pkt 20, pkt 22, pkt 24, pkt 25, pkt 30, pkt 31, pkt 39, pkt 40, pkt 41, pkt 42, pkt 43 – § 3 ust. 2, ust. 3, ust. 4, ust. 5, ust. 6, ust. 7 pkt 1, pkt 2, pkt 3, pkt 4, pkt 5, pkt 6 – § 4 – § 5 – § 9 ust. 2, ust. 3, ust. 5 – § 10 ust. 1, ust. 3 – § 11 ust. 2

ZYTER4CAR-OO1 01/24

W takich ramkach, jak ta, zamieszczamy przydatne komentarze, które ułatwią Ci zrozumienie tekstu warunków umowy dodatkowej. Te treści nie zastępują pełnego tekstu warunków ubezpieczenia – to po prostu dodatkowe wyjaśnienie dla Ciebie jako naszego Klienta.

Umowa dodatkowa Opieka medyczna bez granic zapewnia, w przypadku wskazanych w tych warunkach Poważnych stanów chorobowych, dostęp do specjalistów, Lekarzy konsultantów, którzy prowadzą praktykę poza Polską. Dzięki niej koszty leczenia w zagranicznych Szpitalach przestają być przeszkodą.

§ 1. CZEGO DOTYCZY TEN DOKUMENT?

1. Te warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach dodatkowych zawieranych z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną (zwaną dalej: **„Allianz"**) jako umowy dodatkowe do indywidualnych umów ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie (zwanych dalej: **„umowami głównymi"**).
2. Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej Opieka medyczna bez granic (zwanej dalej: **„umową dodatkową"**), gdy umowa ta została zawarta na podstawie tych warunków ubezpieczenia. Zostanie to potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.
3. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na rachunek Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego dziecka objętego ochroną z tytułu umowy głównej.
4. W sprawach nieuregulowanych tymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy głównej (zwane dalej: **„OWU"**).

§ 2. JAKIE SĄ DEFINICJE POJĘĆ STOSOWANYCH W UMOWIE DODATKOWEJ?

Zapoznaj się z tym paragrafem. Wyjaśniamy tu pojęcia używane w tych warunkach ubezpieczenia. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, zawsze używając go w warunkach ubezpieczenia, rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w tym paragrafie.

Terminom używanym w tych warunkach nadaje się znaczenie przyjęte w OWU z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

1) **Centrum Obsługi Klienta** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe pod numerem infolinii +48 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), czynne przez całą dobę, za pośrednictwem którego Allianz przyjmuje zgłoszenia roszczeń oraz obsługuje świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2) **Certyfikat leczenia za granicą** – pisemna zgoda wydana w imieniu Allianz, na pokrycie kosztów leczenia Poważnego stanu chorobowego we wskazanym Szpitalu poza granicami Polski, który został wybrany przez Ubezpieczonego spośród wskazanych Szpitali.
3) **Chirurgia rekonstrukcyjna** – procedury chirurgiczne mające na celu odbudowę struktury narządu lub tkanki umożliwiające korektę utraconych przez nie funkcji.
4) **Dawca** – żywy człowiek, od którego pobiera się komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu Ubezpieczonemu.
5) **Further** – Further Underwriting International S.L.U., z siedzibą w Hiszpanii (adres: Calle Paseo Recoletos 12, 28001 Madryt), będący podmiotem prawa hiszpańskiego, któremu Allianz powierza proces organizacji usług medycznych w ramach:
   - świadczenia **Opinia lekarska za granicą**: opinia medyczna w razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego objętego ochroną w ramach umowy dodatkowej. Polega ona na dostarczeniu Raportu eksperta po zebraniu i szczegółowym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną Ubezpieczonego przez Lekarza konsultanta.
   - świadczenia **Opieka medyczna za granicą**: świadczenie, w ramach którego Allianz za pośrednictwem Further, w razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego, zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą oraz pomoc w zorganizowaniu podróży i zakwaterowania dla Ubezpieczonego i osób towarzyszących.
6) **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu poza granicami Polski, związany z realizacją świadczeń objętych ochroną w ramach umowy dodatkowej Niezbędnych z medycznego punktu widzenia, trwający dłużej niż jeden dzień. W rozumieniu tych warunków dzień Hospitalizacji oznacza dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w Szpitalu niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt.
7) **Inżynieria tkankowa** – terapia z wykorzystaniem komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, aby mogły być wykorzystywane w naprawie, regeneracji lub w formie zamiennika do tkanek ludzkich.
8) **Karencja** – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Allianz z tytułu zajścia Poważnych stanów chorobowych na podstawie umowy dodatkowej, przez okres w niej wskazany.
9) **Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia Ubezpieczonego po powrocie do Polski z Leczenia za granicą, zaplanowaną przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą. Świadczenie to obejmuje badania diagnostyczne, kontrolne i przesiewowe (profilaktyczne) oraz związane z nimi konsultacje medyczne, przeprowadzone w rekomendowanych Szpitalach lub Placówkach medycznych w Polsce lub za granicą; celem Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą jest ustalenie, czy Ubezpieczony może w przyszłości cierpieć na Poważny stan chorobowy, który był przedmiotem Leczenia za granicą oraz zapobieganie ponownemu wystąpieniu tego Poważnego stanu chorobowego lub jego nawrotowi.
10) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt leczniczy, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały udowodnione naukowo i medycznie lub są w trakcie badań lub testów.
11) **Leczenie za granicą** – Niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie poza granicami Polski w czasie trwania Okresu świadczenia usług zorganizowane i opłacone przez Allianz w ramach umowy dodatkowej.
12) **Lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje lekarza zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym dany lekarz prowadzi praktykę zawodową, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji.
13) **Lekarz kardiolog** – lekarz specjalista zajmujący się profilaktyką, rozpoznaniem i leczeniem chorób serca i układu naczyniowego.
14) **Lekarz konsultant** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, praktykująca poza granicami Polski, które to uprawnienia obejmują leczenie Poważnego stanu chorobowego.
15) **Lek** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy, możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez Lekarza. Za Lek uznawany jest także lek generyczny, tzn. będący zamiennikiem leku oryginalnego, zawierający te same co lek oryginalny składniki aktywne, siłę i dawkowanie.
16) **Medycyna alternatywna (niekonwencjonalna)** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkty aktualnie nie uznawane w medycynie konwencjonalnej i nie mieszczące się w pojęciu standardowych metod leczenia, należą do nich: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna.
17) **Niezbędne z medycznego punktu widzenia** – świadczenia i usługi, które są:
   a) zalecone Ubezpieczonemu w celu leczenia zdefiniowanego Poważnego stanu chorobowego objętego ochroną na podstawie umowy dodatkowej i mające na celu poprawę zdrowia Ubezpieczonego,
   b) uznane za skuteczne, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w prowadzeniu terapii zdefiniowanego Poważnego stanu chorobowego objętego ochroną na podstawie umowy dodatkowej i prowadzone według schematów zgodnych co do metodyki, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (w szczególności z wytycznymi organizacji NCCN – National Comprehensive Cancer Network w zakresie leczenia Nowotworu),
   c) efektywne kosztowo w porównaniu do alternatywnych (innych) metod leczenia o podobnym efekcie,
   d) wymagane z powodów innych niż tylko komfort Ubezpieczonego lub jego Lekarza prowadzącego.

   Sytuacja, w której Lekarz zaleca, przepisuje, rekomenduje lub akceptuje dane świadczenie lub usługę medyczną nie oznacza, że są one Niezbędne z medycznego punktu widzenia.
18) **Nowotwór** – przez nowotwór rozumiemy:
   a) nowotwór złośliwy – guz o charakterze złośliwym, który cechuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek i może dawać przerzuty do innych narządów;

do nowotworów złośliwych zaliczamy także białaczki, mięsaki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina),
b) nowotwór przedinwazyjny (carcinoma in situ „Tis") – nowotwór, w którym rozrost komórek nowotworowych ograniczony jest do nabłonka (nie przekracza błony podstawnej nabłonka), który nie nacieka podścieliska i nie daje przerzutów,
c) zmiany przednowotworowe w komórkach, które na podstawie badania cytologicznego lub histopatologicznego zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka.

Ubezpieczenie nie obejmuje:
a) chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych Nowotworów współistniejących z infekcją HIV,
b) Nowotworów skóry, za wyjątkiem czerniaka złośliwego i tych Nowotworów skóry, które zgodnie z opisem badania histopatologicznego naciekają poza zewnętrzną warstwę skóry (naciekają poza naskórek),
c) Leczenia Nowotworów z wykorzystaniem Terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy).

Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub, jeżeli jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia, wynikiem innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa, a w przypadku zmiany przednowotworowej, wynikiem badania cytologicznego lub histopatologicznego. Data rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Za dzień wystąpienia Nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (oceny mikroskopowej wykonywanej przez patomorfologa) lub innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa, a w przypadku zmiany przednowotworowej – dzień badania histopatologicznego lub cytologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki, w których próbka do badania histopatologicznego (lub, jeżeli jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia, innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) lub cytologicznego, zostanie pobrana w okresie ochrony, jeżeli badanie to, wykonane nawet po wygaśnięciu ochrony, potwierdzi rozpoznanie Nowotworu.

19) **Okres świadczenia usług** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, który rozpoczyna się od pierwszego dnia wyjazdu Ubezpieczonego poza granice Polski na Leczenie za granicą, przez który realizowane są świadczenia z tytułu umowy dodatkowej dla wszystkich zaakceptowanych roszczeń w ramach tego samego Modułu. Dla każdego Modułu ustala się odrębny Okres świadczenia usług w ramach umowy dodatkowej. Wraz z zakończeniem Okresu świadczenia usług w ramach danego Modułu, wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tego Modułu.
20) **Osoba towarzysząca** – osoba odbywająca podróż wraz z Ubezpieczonym i wskazana przez niego przed organizacją Opieki medycznej za granicą do towarzyszenia mu w trakcie leczenia lub podróży.
21) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia, gabinet medyczny, praktyka lekarska.
22) **Poważny stan chorobowy** –
a) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 18 (**Moduł 1**) lub
b) zalecenie wykonania Zabiegu operacyjnego naczyń wieńcowych, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 43 lub Zabiegu kardiochirurgicznego wymiany lub naprawy zastawki, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 41 (**Moduł 2**), lub
c) zalecenie wykonania Zabiegu neurochirurgicznego, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 42 (**Moduł 3**), lub
d) zalecenie wykonania Przeszczepu narządu od żywego dawcy, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 24 lub Przeszczepu szpiku kostnego, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 25 (**Moduł 4**).

W przypadku Modułu 2, 3 i 4 choroba będąca przyczyną zalecenia wykonania zabiegu, nie może być związana z Nowotworem (zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 18) – jeżeli bowiem jest ona związana z Nowotworem, wówczas jej leczenie odbywa się w ramach Modułu 1.

W przypadku Modułu 2, 3 i 4 zapewnione są świadczenia wskazane w umowie dodatkowej pozostające w związku z wykonaniem zaleconego zabiegu objętego ubezpieczeniem, o którym mowa powyżej, nie zaś leczenie choroby będącej przyczyną zalecenia wykonania tego zabiegu.

23) **Proteza** – wyrób medyczny, który zastępuje całość lub część ciała lub narządu, lub zastępuje całość lub część funkcji nieczynnej, lub wadliwie działającej, części ciała lub narządu.
24) **Przeszczep narządu od żywego dawcy** – przeszczep Ubezpieczonemu jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu wątroby, płata płuca, fragmentu trzustki. Zakres ochrony nie obejmuje:
a) przeszczepów, jeżeli potrzeba przeszczepu powstaje w wyniku alkoholowej choroby wątroby,
b) przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste oraz samoprzeszczepów (autotransplantacji),
c) przeszczepów, jeżeli Ubezpieczony jest dawcą na rzecz osoby trzeciej, nieobjętej tym ubezpieczeniem,
d) przeszczepów od zmarłego dawcy,
e) przeszczepów możliwych do wykonania poprzez zakup narządów dawcy.
25) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep komórek szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej (PBSCT), przy czym komórki te pochodzić muszą:
a) od Ubezpieczonego (przeszczep autologiczny) lub
b) od żywego dawcy – w przypadku występowania zgodności w zakresie antygenów zgodności tkankowej (przeszczep allogeniczny).

Ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych (HCT) z krwi pępowinowej.

26) **Radioterapia** – metoda leczenia onkologicznego polegająca na wykorzystaniu promieniowania jonizującego do leczenia choroby nowotworowej, poprzez niszczenie komórek nowotworowych, zahamowanie ich wzrostu i podziału za pomocą promieniowania elektromagnetycznego – rentgenowskiego, fotonów gamma, promieniowania korpuskularnego, emitowanego ze źródeł zewnętrznych (teleterapia) lub podanych do wnętrza ciała (brachyterapia, leczenie izotopowe).
27) **Raport eksperta** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzana przez Lekarza konsultanta w ramach świadczenia Opinii lekarskiej za granicą, na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.
28) **Rok polisowy** – okres trwający pomiędzy dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej a pierwszą rocznicą polisy oraz każdy okres trwający między kolejnymi rocznicami polisy.
29) **Składka** – składka z tytułu umowy dodatkowej.
30) **Suma ubezpieczenia** – kwota, do której Allianz ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy dodatkowej, wskazana w § 5.
31) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem miejscowym, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu tych warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodków pomocy społecznej, domu opieki, ośrodków leczenia uzależnień, hospicjów.
32) **Terapia genowa** – terapia z wykorzystaniem genów, które wywołują efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny, polegająca na wprowadzeniu do organizmu genów lub fragmentów DNA lub RNA stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, Nowotworów albo chorób przewlekłych).
33) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia lub procedura, która dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej, a także procedura zastosowania komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane w leczeniu, diagnostyce lub profilaktyce chorób.
34) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy)** – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznym receptorem antygenu (CAR) polegająca na wykorzystaniu własnego układu odpornościowego pacjenta w celu zwalczania Nowotworu. Limfocyty T są pozyskiwane z krwi pacjenta i modyfikowane genetycznie w warunkach laboratoryjnych w celu włączenia nowego genu, który ułatwia namierzanie i zabijanie komórek Nowotworu. Tak zmodyfikowane, a następnie namnożone w laboratorium komórki T są z powrotem przekazywane do pacjenta.
35) **Transport medyczny** – transport Ubezpieczonego zalecany przez Lekarza, realizowany zgodnie z jego wskazaniami, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego wymaganym środkiem transportu. Allianz uznaje zasadność zorganizowania i pokrycia kosztów transportu medycznego w oparciu o zalecenie Lekarza oraz dokumentację medyczną Ubezpieczonego.
36) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania składek.
37) **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.
38) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej.

39) **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,
   c) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia Poważnego stanu chorobowego,
   d) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku adekwatnym z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
40) **Zabieg chirurgiczny** – inwazyjny diagnostyczny lub terapeutyczny zabieg na narządach lub tkankach ciała, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, wykonany przez lekarza chirurga w szpitalu w warunkach sali operacyjnej.
41) **Zabieg kardiochirurgiczny wymiany lub naprawy zastawki** – zalecony przez Lekarza kardiologa Zabieg chirurgiczny, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegający na wymianie lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca, zakres ochrony obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania lub naprawy sztucznych zastawek serca u Ubezpieczonego, u którego wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej po upływie okresu Karencji, co zostało potwierdzone wynikiem badań hemodynamicznych i echokardiograficznych.
   Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów polegających na wymianie lub naprawie zastawki wszczepionej przed rozpoczęciem okresu ochrony ubezpieczeniowej.
42) **Zabieg neurochirurgiczny** – Zabieg chirurgiczny dotyczący:
   a) mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych,
   b) łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym.
43) **Zabieg operacyjny naczyń wieńcowych** – zalecony przez Lekarza kardiologa zabieg kardiochirurgiczny, polegający na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających miejsca zwężenia lub zatoru z użyciem przeszczepów naczyniowych (by-pass). Rozpoznanie powinno być potwierdzone badaniem angiograficznym.
   Zakres ochrony nie obejmuje:
   a) zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła naczynia, takich jak angioplastyka, cewnikowanie naczyń oraz wykorzystujących techniki laserowe,
   b) leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej) przy użyciu innej techniki niż by-pass, np. przy użyciu stentów.
44) **Zaburzenia funkcji poznawczych** – występowanie schorzeń istotnie upośledzających funkcje poznawcze osoby co skutkuje niemożnością jej funkcjonowania społecznego bez odpowiedniego leczenia.

§ 3. JAKI JEST PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEJ?

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej i poza okresem, o którym mowa w ust. 3, Allianz organizuje i pokrywa koszty świadczeń wskazanych w ust. 6 i 7 poniżej.

W ramach umowy dodatkowej zapewniamy:

- organizację i pokrycie kosztów świadczenia **Opinia lekarska za granicą**, dzięki któremu uzyskasz dodatkową opinię na temat swojego stanu zdrowia (Raport eksperta)
- w przypadku Nowotworu, umowa dodatkowa zapewnia leczenie Nowotworu
- w przypadku Poważnego stanu chorobowego, określonego w Modułach 2, 3 i 4, umowa dodatkowa zapewnia leczenie w formie procedur medycznych objętych zakresem ubezpieczenia, o których mowa odpowiednio w definicjach wskazanych w § 2 pkt 24, 25, 41, 42, 43
- organizację i pokrycie kosztów świadczenia Niezbędnego z medycznego punktu widzenia Leczenia za granicą, które zapewni organizację oraz pokrycie kosztów leczenia w Szpitalu poza granicami Polski, a także refundację Leków (§ 3 ust. 7 pkt 5) lit. a) oraz wsparcie w zakresie Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą (§ 3 ust. 7 pkt 5) lit. b)
- usługi i procedury medyczne oferowane jako świadczenia wynikające z umowy dodatkowej wskazane w § 3 ust. 6 i 7 są wykonywane w **Okresie świadczenia usług**.

3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 90 dni Karencji liczonych od daty zawarcia umowy dodatkowej, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty Składki należnej z tytułu umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za choroby, w przypadku których w okresie 90 dni Karencji, po raz pierwszy:
   a) w przypadku Modułu 1 – wykonane były badania potwierdzające wystąpienie Nowotworu złośliwego, Nowotworu przedinwazyjnego (carcinoma in situ „Tis"), zmiany przednowotworowej (ciężkiej dysplazji złośliwej) lub
   b) w przypadku Modułu 2, 3, 4 – wydane było zalecenie dotyczące wykonania procedur medycznych objętych ochroną.
   Wyłączenie, o którym mowa powyżej, nie dotyczy przypadków, w których Poważny stan chorobowy powstał na skutek Wypadku mającego miejsce w okresie Karencji.
5. Okresu Karencji, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeżeli zawarta na rzecz Ubezpieczonego poprzednia umowa Allianz Best Doctors lub Opieka medyczna bez granic obowiązywała przez co najmniej 90 dni bezpośrednio przed zawarciem umowy dodatkowej. W przypadku, gdy okres obowiązywania poprzedniej umowy Allianz Best Doctors lub Opieka medyczna bez granic był krótszy, Karencja zostaje skrócona o ten okres.

USŁUGI objęte ubezpieczeniem przed otrzymaniem świadczenia
Leczenie za granicą

6. **Opinia lekarska za granicą**
   W celu potwierdzenia rozpoznania Poważnego stanu chorobowego i oceny planu leczenia, opracowanego przez dotychczasowego Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, Ubezpieczony jest uprawniony do Opinii lekarskiej za granicą.
   Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:
   1) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o dokumentacji medycznej niezbędnej do wydania Raportu eksperta, a na wniosek Ubezpieczonego zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów polegającej na wystąpieniu do placówek medycznych, w których leczył się Ubezpieczony o dokumentację medyczną,
   2) ponowną ocenę histopatologiczną zawierającą (o ile będzie to niezbędne do wydania Raportu eksperta) wykonanie ponownych badań tkanek pobranych uprzednio od Ubezpieczonego,
   3) przetłumaczenia na język obcy zebranej dokumentacji medycznej,
   4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej do Lekarza konsultanta, specjalizującego się w leczeniu danego schorzenia,
   5) sporządzenia pisemnie Raportu eksperta zawierającego:
      a) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia,
      b) propozycję Planu leczenia zalecanego przez Lekarza konsultanta,
      c) informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych Lekarza konsultanta, który sporządził Raport eksperta,
      d) przetłumaczenie Raportu eksperta na język polski,
      e) dostarczenie przetłumaczonego Raportu eksperta Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego, Lekarzowi pod opieką którego on się znajduje.
   W odniesieniu do jednego Poważnego stanu chorobowego, Ubezpieczony uprawniony jest do jednej Opinii lekarskiej za granicą, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeśli Lekarz konsultant w Raporcie eksperta postawi odmienną opinię dotyczącą diagnozy, niż wynikająca z dotychczasowego leczenia Ubezpieczonego lub z jego dokumentacji medycznej, Ubezpieczony może wystąpić z wnioskiem o organizację i pokrycie kosztów sporządzania dodatkowej opinii medycznej przez innego Lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski. Do sporządzonej dodatkowej opinii medycznej przez innego Lekarza konsultanta, stosuje się postanowienia tych warunków dotyczące Raportu eksperta.
7. **Opieka medyczna za granicą**
   1) **W razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:**
      a) wskazania Ubezpieczonemu informacji o trzech Szpitalach poza granicami Polski, w których dalsze leczenie i konieczna diagnostyka mogą zostać przeprowadzone,
      b) leczenia za granicą Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, zgodnie z pkt 2) lit. a) i b),
      c) podróży lub Transportu medycznego Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej i Dawcy, a w przypadku, gdy Leczenie za granicą Poważnego stanu chorobowego dotyczy Ubezpieczonego dziecka – podróży lub Transportu medycznego Ubezpieczonego dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz Dawcy, zgodnie z pkt 4) lit. a), z zastrzeżeniem lit. i),
      d) zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy, a w przypadku, gdy Leczenie za granicą

Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego dotyczy Ubezpieczonego dziecka – zakwaterowania Ubezpieczonego dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz Dawcy, zgodnie z pkt 4) lit. b), z zastrzeżeniem lit. i),

e) repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub Dawcy, zgodnie z pkt 4) lit. c),
f) zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski, zgodnie z pkt 5) lit. a),
g) Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granica, zgodnie z pkt 5) lit. b),
h) dziennego świadczenia szpitalnego, zgodnie z pkt 6),
i) zapewnienie przez Allianz organizacji i pokrycia kosztów podróży lub Transportu medycznego Ubezpieczonego dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz Dawcy, a także organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz Dawcy ograniczone jest do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 18 lat. Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 18 roku życia Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów podróży lub Transportu medycznego Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej i Dawcy oraz zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy.

W ramach umowy dodatkowej, jeżeli u Ubezpieczonego wystąpi Poważny stan chorobowy, Ubezpieczony ma prawo do podróży lub Transportu medycznego oraz zakwaterowania wraz z Osobą towarzyszącą.
Dodatkowo, do dnia Rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 18 lat, Ubezpieczone dziecko ma ono prawo do podróży lub Transportu medycznego oraz zakwaterowania wraz z dwiema Osobami towarzyszącymi.

WYDATKI ZWIĄZANE z Leczeniem za granicą objęte ubezpieczeniem

2) **Koszty leczenia w trakcie Leczenia za granicą**
   a) Allianz organizuje i pokrywa Niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty leczenia u Ubezpieczonego Poważnego stanu chorobowego za granicą do wysokości Sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w § 5.
   b) Koszty Leczenia za granicą obejmują:
      (1) koszty usług związanych z Hospitalizacją Ubezpieczonego:
         (a) zakwaterowania w pokoju, oddziale lub oddziale intensywnej terapii,
         (b) wyżywienia podczas Hospitalizacji,
         (c) usług świadczonych przez przychodnie przyszpitalne,
         (d) dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę,
         (e) wykonania zabiegów na sali operacyjnej,
         (f) opieki anestezjologicznej obejmującej przygotowanie Ubezpieczonego do znieczulenia, znieczulenie i opiekę nad Ubezpieczonym po zakończeniu znieczulenia,
         (g) leków i środków opatrunkowych użytych podczas Hospitalizacji,
      (2) koszty opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas Hospitalizacji lub opieki ambulatoryjnej Ubezpieczonego,
      (3) koszty obsługi personelu medycznego zgodnie z zasadami pracy Szpitala,
      (4) koszty zabiegów zleconych przez Lekarzy w tym: transfuzji krwi, osocza i płynów dożylnych, iniekcji, terapii tlenowej,
      (5) koszty chemioterapii, Radioterapii,
      (6) koszty zabiegu Chirurgii rekonstrukcyjnej, wykonanego w celu naprawy lub odbudowy struktury narządu lub tkanki zniszczonej, lub usuniętej, w efekcie przeprowadzenia procedury medycznej zorganizowanej i opłaconej w ramach umowy dodatkowej,
      (7) koszty leczenia powikłań lub skutków ubocznych bezpośrednio spowodowanych przez procedury medyczne zorganizowane i opłacone w ramach umowy dodatkowej, które:
         a) wymagają natychmiastowego leczenia w Szpitalu lub w innej placówce medycznej,
         b) są niezbędne, aby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego pod względem zdrowotnym do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu etapu Leczenia za granicą,
      (8) koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez Lekarza do przygotowania leczenia, w tym: badań rentgenowskich, elektrokardiograficznych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, angiografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych wymaganych w procesie leczniczym,
      (9) koszty zakupu niezbędnych Leków lub środków opatrunkowych przepisanych przez Lekarza po leczeniu operacyjnym związanym z leczeniem Poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od daty opuszczenia Szpitala, o ile poniesiono je przed powrotem do Polski (Allianz zwraca Ubezpieczonemu te koszty na zasadach opisanych w § 10),
      (10) koszty transferu i transportu ambulansem naziemnym lub powietrznym, o ile jest wskazany i zalecony przez Lekarza, oraz zostanie zorganizowany przez Allianz,
      (11) w przypadku Przeszczepu narządu od żywego dawcy, koszty związane z hospitalizacją Dawcy:
         (a) koszty analiz i badań przeprowadzonych w celu zidentyfikowania odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Ubezpieczonego,
         (b) koszty usług związanych z pobytem w Szpitalu świadczonych na rzecz Dawcy, w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji, opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, obsługi pozostałego personelu medycznego oraz badań laboratoryjnych,
         (c) koszty operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Ubezpieczonego,
      (12) koszty usług i materiałów dostarczanych na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanek, które mają być zastosowane u Ubezpieczonego. Ochroną ubezpieczeniową objęte są jedynie wydatki poniesione od dnia wystawienia Certyfikatu leczenia za granicą.

3) **Siła wyższa**
   W przypadku, gdy jakakolwiek siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne narzucone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwiają zorganizowanie Leczenia za granicą, wówczas na wniosek Ubezpieczonego, Allianz zorganizuje świadczenie określone w § 3 ust. 7 pkt 2) w Polsce, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają zorganizowania równoważnego z medycznego punktu widzenia, alternatywnego leczenia w Polsce. Leczenie w Polsce będzie dostępne do czasu ustania przeszkód, o których mowa powyżej. Niezwłocznie po ustaniu przeszkód, o których mowa powyżej, Allianz zapewni Leczenie za granicą.

4) **WYDATKI NIEMEDYCZNE podczas Leczenia za granicą objęte ubezpieczeniem**
   W razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego, Allianz pokrywa:
   - Koszty podróży lub Transportu medycznego podczas Leczenia za granicą
   - Koszty zakwaterowania podczas Leczenia za granicą
   - Koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub Dawcy

   a) **Koszty podróży lub Transportu medycznego podczas Leczenia za granicą**
      (1) Allianz organizuje i pokrywa koszty podróży lub Transportu medycznego poza granice Polski Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz – w przypadku przeszczepów – Dawcy, a w przypadku, gdy Leczenie za granicą Poważnego stanu chorobowego dotyczy Ubezpieczonego dziecka – dwóch Osób towarzyszących oraz – w przypadku przeszczepów – Dawcy (z zastrzeżeniem §3 ust. 7 pkt 1) lit. i), wyłącznie w celu poddania się leczeniu Poważnego stanu chorobowego. Allianz pokrywa koszty do wysokości Sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w §5.
      Daty i czas trwania podróży zostaną ustalone przez Allianz na podstawie harmonogramu Planu leczenia opracowanego przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, przy czym data powrotu będzie ustalana zgodnie z oceną tego Lekarza, potwierdzającą, że Ubezpieczony jest zdolny pod względem zdrowotnym do podróży.
      (2) Koszty podróży obejmują:
         (a) transport Ubezpieczonego z jego miejsca pobytu na wyznaczone lotnisko lub dworzec kolejowy,
         (b) bilet kolejowy lub lotniczy klasy ekonomicznej do miasta docelowego miejsca leczenia oraz transport do wyznaczonego hotelu,

(c) transport z wyznaczonego hotelu lub Szpitala na lotnisko lub dworzec kolejowy,
(d) bilet kolejowy lub lotniczy klasy ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu Ubezpieczonego.

(3) Pokrywane koszty podróży nie obejmują przejazdów Ubezpieczonego, Osoby lub Osób towarzyszących oraz Dawcy z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą.

b) **Koszty zakwaterowania podczas Leczenia za granicą**

(1) Allianz organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i Osoby towarzyszącej oraz – w przypadku przeszczepów – Dawcy, a w przypadku, gdy Leczenie za granicą Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego dotyczy Ubezpieczonego dziecka – koszty zakwaterowania Ubezpieczonego dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz – w przypadku przeszczepów – Dawcy (z zastrzeżeniem §3 ust. 7 pkt 1) lit. i), związane z ich pobytem w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą. Wszelkie ustalenia dotyczące zakwaterowania muszą zostać potwierdzone przez Centrum Obsługi Klienta. Allianz pokrywa koszty do wysokości Sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w §5.

(2) Terminy rezerwacji miejsc noclegowych dla każdej podróży będą ustalane zgodnie z harmonogramem Planu leczenia opracowanym przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą. Daty te zostaną podane do wiadomości Ubezpieczonego, w terminie zapewniającym mu wystarczającą ilość czasu na dokonanie wszelkich ustaleń osobistych, co najmniej na 14 dni przed planowanym terminem wyjazdu, chyba że Ubezpieczony wyrazi zgodę na wyjazd w krótszym czasie.

(3) Zakwaterowanie będzie obejmowało rezerwację pokoju dwuosobowego w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, łącznie ze śniadaniem. Wybór hotelu będzie uzależniony od dostępności oraz od bliskości Szpitala w promieniu 10 km.

(4) Posiłki (z wyłączeniem śniadania) i koszty dodatkowe związane z pobytem w hotelu nie są pokrywane.

(5) W przypadku, gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego, zmieni daty podróży ustalone zgodnie z lit. (a) ppkt. (1) i lit. (b) ppkt (2), będzie musiał pokryć koszty związane z wprowadzonymi zmianami warunków podróży oraz zakwaterowania.

c) **Koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub Dawcy**
Allianz organizuje i pokrywa, do wysokości Sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w § 5, koszty repatriacji zwłok do miejsca pochówku w Polsce, jeżeli Ubezpieczony lub Dawca zmarł podczas leczenia Poważnego stanu chorobowego, w tym koszty zakupu trumny przewozowej i balsamowania zwłok.

5) **WYDATKI MEDYCZNE po powrocie z Leczenia za granicą objęte ubezpieczeniem**

- Zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski z Leczenia za Granicą
- Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą

a) **Zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski z Leczenia za granicą**

(1) W przypadku, gdy Ubezpieczony w ramach umowy dodatkowej był Hospitalizowany poza granicami Polski, przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz zrefunduje Ubezpieczonemu koszty poniesione na zakup Leków po powrocie do Polski, o ile spełnione zostaną wszystkie kryteria wymienione w lit. (a)-(f) poniżej:
(a) Leki zostały zalecone przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, jako niezbędna kontynuacja prowadzonego leczenia Ubezpieczonego,
(b) Leki zostały dopuszczone do obrotu w Polsce,
(c) Leki zostały przepisane na recepcie przez Lekarza w Polsce,
(d) Leki są dostępne do nabycia w Polsce i zostały zakupione w Polsce,
(e) ilość Leków na każdej recepcie, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, pozwala na ich przyjmowanie nie dłużej niż przez okres 3 miesięcy,
(f) Leki zostały przepisane na recepcie wystawionej przed upływem Okresu świadczenia usług.

(2) Zakup Leku określony w ppkt (1) powyżej musi być zorganizowany i opłacony bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Allianz zwróci koszty zakupu Leków poniesione przez Ubezpieczonego po otrzymaniu kopii recepty lub wydruku informacyjnego e-recepty i dowodów poniesionych kosztów przez Ubezpieczonego, przedstawionych Allianz do zatwierdzenia pod kątem spełnienia warunków określonych w ppkt (1).

(3) Zwrot kosztów zakupu Leków nie obejmuje:
(a) kosztów Leków w zakresie refundowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ),
(b) procedur medycznych związanych z podawaniem Leków,
(c) Leków zakupionych poza granicami Polski.

(4) W przypadku, gdy koszt zakupu Leków został częściowo zrefundowany w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, wniosek o refundację kosztów zakupu Leków powinien wyraźnie rozróżniać te koszty, które zostały częściowo sfinansowane przez Ubezpieczonego.

(5) Jeżeli zalecany Lek (lub alternatywny równoważny Lek o podobnej skuteczności), nie jest dopuszczony do obrotu w Polsce, lub nie jest dostępny do nabycia w Polsce, a wszystkie inne warunki określone w ppkt (1) są spełnione, zostaną zwrócone koszty zakupu Leków poza granicami Polski. W tym przypadku Allianz zorganizuje i pokryje koszty podróży i zakwaterowania na warunkach określonych w § 3 ust. 7 pkt 4) lit. a) i lit. b) dla Ubezpieczonego i Osób towarzyszących, z zastrzeżeniem limitów Sumy ubezpieczenia określonych w § 5.

b) **Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą**

(1) Allianz potwierdza Ubezpieczonemu zakończenie Leczenia za granicą, jeżeli zgodnie z opinią Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, nie jest konieczne dalsze leczenie w Szpitalu za granicą. Ubezpieczony otrzymuje wtedy:
(a) dokumentację medyczną z Leczenia za granicą oraz
(b) Plan kontroli stanu zdrowia w związku z Poważnym stanem chorobowym, czyli zalecenie Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą; dokumentacja ta jest tłumaczona na język polski.

(2) Po zakończeniu Leczenia za granicą i powrocie do Polski, Allianz zwraca Ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji Planu kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, w Okresie świadczenia usług, o ile:
(a) badania i związane z nimi konsultacje zostały wykonane w jednym z rekomendowanych przez Allianz Szpitali lub Placówek medycznych, oraz
(b) badania są wykonywane zgodnie z zaleceniami Lekarza, który leczył Ubezpieczonego za granicą, w zakresie niezbędnym do prowadzenia bieżących badań przesiewowych i kontroli, oraz
(c) dowody poniesionych kosztów dotyczą usług i świadczeń wykonanych przed zakończeniem Okresu świadczenia usług.

Wskazane przez Allianz rekomendowane Szpitale lub Placówki medyczne w Polsce, zapewniają dostępność badań i konsultacji w czasie i w sposobie niezbędnym do przeprowadzenia bieżącej kontroli stanu zdrowia.

(3) Świadczenie Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą w przypadku wykonywania jej na terenie Polski jest organizowane i opłacane bezpośrednio przez Ubezpieczonego w jednym z rekomendowanych przez Allianz Szpitali lub Placówek medycznych. Allianz zrefunduje Ubezpieczonemu powstałe z tego tytułu koszty na podstawie okazanych dowodów ich poniesienia, przedłożonych Allianz do zatwierdzenia pod kątem spełnienia warunków określonych w ppkt (2) lit. (a) – (c).

(4) W przypadku, gdy Lekarz świadczący opiekę w Polsce w ramach Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, wskaże na konieczność leczenia w oparciu o inne wytyczne niż te początkowo ustalone w Planie kontroli stanu zdrowia przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, Allianz przekaże te wytyczne Lekarzowi prowadzącemu Leczenie za granicą do zatwierdzenia i zwróci koszty Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą po akceptacji tych zmian przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą.

(5) Jeżeli koszty Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą zostały sfinansowane w części lub w całości przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Allianz zwróci jedynie koszty w zakresie niezrefundowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Wniosek o zwrot kosztów powinien wyraźnie odróżniać te koszty, które zostały poniesione

bezpośrednio przez Ubezpieczonego, od części finansowanych.

(6) Na wniosek Ubezpieczonego, w Okresie świadczenia usług, Allianz zorganizuje i pokryje koszty Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, poza granicami Polski, zgodnie z zaleceniami Lekarza, który leczył Ubezpieczonego za granicą, w zakresie niezbędnym do prowadzenia bieżących badań przesiewowych i kontroli. W takim przypadku:
   a. Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą będzie wykonywana przez Lekarza, który leczył Ubezpieczonego za granicą lub jego zespół medyczny,
   b. Allianz pokryje bezpośrednio koszty medyczne tych konsultacji i badań,
   c. Allianz zorganizuje niezbędne podróże i zakwaterowanie na warunkach określonych w § 3 ust. 7 pkt 4) lit. a) i lit. b) dla Ubezpieczonego i Osób towarzyszących, z zastrzeżeniem limitów Sumy ubezpieczenia określonych w § 5.

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE w trakcie Leczenia za granicą objęte ubezpieczeniem

6) **Dzienne świadczenie szpitalne**
Za każdy dzień Hospitalizacji Ubezpieczonego poza granicami Polski, zorganizowanego w ramach umowy dodatkowej, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne, do wysokości Sumy Ubezpieczenia określonej w § 5, z uwzględnieniem limitów tam określonych.

§ 4. W JAKICH SYTUACJACH OCHRONA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ NIE PRZYSŁUGUJE?

1. Allianz jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego objętego ochroną na podstawie umowy dodatkowej, jeżeli jego wystąpienie było skutkiem:
   1) choroby zawodowej w rozumieniu Kodeksu pracy,
   2) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, choroby będącej następstwem spożywania alkoholu,
   3) samobójstwa lub próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności,
   4) AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności), HIV (ludzki wirus niedoboru odporności) lub chorób z nich wynikających (w tym mięsak Kaposiego), lub leczenia AIDS lub HIV,
   5) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
   6) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu,
   7) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
   8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Poważnego stanu chorobowego,
   9) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych działań w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
   10) powodzi, wybuchów wulkanów, ruchów sejsmicznych, zjawisk nadzwyczajnych lub katastrofalnych, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii.
2. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za:
   1) organizację i pokrycie kosztów leczenia Poważnego stanu chorobowego w Polsce, za wyjątkiem:
      a) świadczenia Zwrotu kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski, o którym mowa w § 3 ust. 7 pkt 5) lit a), oraz
      b) organizacji Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, o której mowa w § 3 ust. 7 pkt 5) lit. b),
   2) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia Poważnego stanu chorobowego poza granicami Polski, jeżeli:
      a) w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia w ramach świadczenia Opinii lekarskiej za granicą Ubezpieczony przebywał poza Polską dłużej niż przez 183 dni kalendarzowe, lub
      b) Ubezpieczony nie posiada stałego miejsca zamieszkania w Polsce,
   3) organizację i pokrycie kosztów leczenia w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym), szpitalu rehabilitacyjnym, sanatorium lub uzdrowisku, ośrodku pomocy społecznej, domu opieki, ośrodku leczenia uzależnień, hospicjum,
   4) pokrycie kosztów zakupu Protez, implantów, sztucznych narządów lub organów, soczewek, urządzeń korygujących wzrok (tj.: okularów korekcyjnych i szkieł kontaktowych), urządzeń ortopedycznych (w tym obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul), materiałów opatrunkowych, peruki, protez zębowych, z wyjątkiem pokrycia kosztów chirurgicznego leczenia rekonstrukcyjnego z użyciem protez piersiowych z powodu mastektomii i sztucznych zastawek serca, w związku z operacją zorganizowaną w ramach umowy dodatkowej,
   5) pokrycie kosztów zakupu lub wynajmu wózków inwalidzkich, łóżek specjalnych, urządzeń klimatyzacyjnych, oczyszczaczy powietrza i sprzętu medycznego służącego wyłącznie wygodzie Ubezpieczonego,
   6) leczenie medyczne obejmujące Terapię genową, Terapię komórkami somatycznymi, Inżynierię tkankową i Terapię limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy),
   7) pokrycie kosztów zakupu leków i środków opatrunkowych dostępnych bez recepty lub zakupionych poza apteką,
   8) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych spowodowanych starością lub w przypadku wszelkiego rodzaju Zaburzeń funkcji poznawczych (chyba, że Zaburzenia funkcji poznawczych są konsekwencją Nowotworów w mózgu), niezależnie od przyczyny ich wystąpienia i stanu zaawansowania,
   9) organizację i pokrycie kosztów Leczenia eksperymentalnego lub Medycyny alternatywnej (niekonwencjonalnej), nawet jeśli zostało ono przepisane przez Lekarza,
   10) organizację i pokrycie kosztów leczenia Poważnych stanów chorobowych innymi metodami, jeśli z dokumentacji medycznej wynika, iż zalecanym sposobem leczenia jest przeszczep narządu objęty ochroną w ramach umowy dodatkowej,
   11) organizację i pokrycie kosztów leczenia wszelkich chorób wywołanych procedurami medycznymi zorganizowanymi w ramach umowy dodatkowej, za wyjątkiem przypadków, w których dana choroba została zakwalifikowana jako Poważny stan chorobowy,
   12) pokrycie kosztów:
      a) tłumacza i tłumaczenia, za wyjątkiem tłumaczenia związanego ze świadczeniem usług medycznych w trakcie Leczenia za granicą oraz za wyjątkiem przetłumaczenia dokumentacji medycznej w ramach świadczenia Opinii lekarskiej za granicą,
      b) opłat telefonicznych, za wyjątkiem podejmowanego przez Allianz bądź Centrum Obsługi Klienta kontaktu z Ubezpieczonym,
      c) zakupu przedmiotów użytku osobistego,
      d) wszelkich usług świadczonych Osobie towarzyszącej lub Dawcy, za wyjątkiem świadczeń zorganizowanych w ramach umowy dodatkowej wymienionych w § 3 ust. 6 i 7,
   13) organizację i pokrycie kosztów znalezienia Dawcy poza członkami rodziny Ubezpieczonego,
   14) organizację i pokrycie kosztów leczenia w przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej,
   15) pokrycie kosztów świadczeń opisanych w § 3 ust. 6 i 7, jeżeli nie zostały zorganizowane przez Allianz,
   16) wszelkie usługi i świadczenia wykonane po upływie Okresu świadczenia usług,
   17) organizację i pokrycie kosztów leczenia długotrwałych skutków ubocznych, łagodzenia objawów przewlekłych lub rehabilitacji (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii języka i mowy),
   18) organizację i pokrycie kosztów świadczeń dostępnych w ramach Opieki medycznej za granicą w sytuacji braku możliwości wyjazdu Ubezpieczonego z powodu niespełnienia przez niego wymagań wizowych kraju, w którym siedzibę ma wybrany przez Ubezpieczonego Szpital,

19) organizację i pokrycie kosztów usług lub świadczeń medycznych, które nie są Niezbędne z medycznego punktu widzenia do leczenia Poważnego stanu chorobowego.

3. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony (jeżeli wie o zawarciu umowy na jego rachunek), są zobowiązani do podania Allianz wszystkich znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytywał w formularzu oferty lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, on także ma ten obowiązek i dotyczy również okoliczności jemu znanych. Jeżeli Allianz zawrze umowę pomimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
4. Allianz nie odpowiada za skutki okoliczności, które z naruszeniem poprzedniego ustępu nie zostały podane do wiadomości Allianz. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony umyślnie nie ujawnili nam tych okoliczności, w razie wątpliwości uważa się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których nam nie ujawniono.
5. Allianz nie odpowiada za:
   1) medyczną poprawność Raportu eksperta sporządzonego przez Lekarza konsultanta w ramach świadczenia Opinii lekarskiej za granicą oraz za skutki zastosowania się przez Ubezpieczonego do wskazań wynikających z Raportu eksperta. Decyzja o leczeniu za granicą jest samodzielną decyzją Ubezpieczonego i Allianz nie odpowiada za skutki tej decyzji,
   2) za skuteczność i wyniki leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach świadczenia Opieki medycznej za granicą.
6. Odpowiedzialność Allianz obejmuje wyłącznie świadczenia wskazane w umowie dodatkowej polegające na zorganizowaniu i pokryciu kosztów usług określonych w tych warunkach.

§ 5. JAKA JEST SUMA UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ ORAZ LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI ALLIANZ?

1. Za Poważne stany chorobowe, które wystąpiły w całym okresie obowiązywania umowy dodatkowej, Allianz ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w poniższej tabeli, z uwzględnieniem limitów w niej zawartych.

Wysokość Sumy ubezpieczenia
Całkowita odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej (w tym koszty podróży lub Transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok, koszty zakupu Leków, koszty dziennego świadczenia szpitalnego) za Poważne stany chorobowe, które wystąpiły w całym okresie obowiązywania umowy dodatkowej wynosi **2 000 000 euro** (łączna Suma ubezpieczenia na świadczenia dotyczące Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy), z uwzględnieniem limitów wskazanych poniżej w niniejszej tabeli.

Limity na poszczególne świadczenia	
Zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski	w granicach Sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż **50 000 euro** – górna granica odpowiedzialności (Suma ubezpieczenia na świadczenie dotyczące Ubezpieczonego) w ramach leczenia danego Poważnego stanu chorobowego
Dzienne świadczenie szpitalne	w granicach Sumy ubezpieczenia, **100 euro za dzień Hospitalizacji maksymalnie do 60 dni Hospitalizacji w ramach leczenia danego Poważnego stanu chorobowego**

2. Suma ubezpieczenia wskazana w umowie dodatkowej odnosi się do wszystkich Poważnych stanów chorobowych, które wystąpiły w całym okresie obowiązywania umowy dodatkowej. Oznacza to, że w razie przedłużania umowy dodatkowej (zgodnie z § 7 ust. 2) na kolejne roczne okresy ubezpieczenia górny limit odpowiedzialności Allianz za wszystkie Poważne stany chorobowe objęte ochroną ubezpieczeniową w całym życiu Ubezpieczonego pozostaje na poziomie 2 000 000 euro (jest to łączny limit na świadczenia dotyczące danego Ubezpieczonego, jego Osoby towarzyszącej oraz jego Dawcy).
3. Suma ubezpieczenia oraz limity, o których mowa w ust. 1 wyrażone w euro przeliczane są na waluty, w których poniesiono dany koszt według średniego kursu NBP z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających dzień, w którym koszty zostały poniesione.

§ 6. W JAKI SPOSÓB ZAWIERANA JEST UMOWA DODATKOWA?

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w OWU mają zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów tego paragrafu.

1. Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 65 lat lub na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.
2. Umowa dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) na formularzu wniosku o zawarcie umowy dodatkowej udostępnionym przez Allianz.
3. Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz doręcza Ubezpieczającemu tekst warunków umowy dodatkowej.
4. Allianz ma prawo odmówić zawarcia umowy dodatkowej.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem lub w trakcie trwania umowy głównej. Jest to umowa roczna, która może być przedłużana na kolejne okresy.

5. Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy głównej lub w trakcie jej trwania. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy głównej, warunki umowy dodatkowej obowiązują od pierwszego dnia miesiąca polisowego, następującego po miesiącu polisowym, w którym Allianz zaakceptował wniosek o zawarcie umowy dodatkowej.
6. Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
   1) złożenie przez Ubezpieczonego lub w przypadku Ubezpieczonego dziecka przez jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz podanie przez Ubezpieczonego lub w przypadku Ubezpieczonego dziecka przez jego przedstawiciela ustawowego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej oraz w innych pismach przed zawarciem umowy dodatkowej,
   2) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.
7. Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem umowy dodatkowej, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie umowy dodatkowej oraz na podstawie przedstawionych dokumentów, Allianz zastrzega sobie prawo do:
   1) niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia umowy dodatkowej,
   2) zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku.
8. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Allianz doręcza Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Allianz obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa dodatkowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. W przypadku braku sprzeciwu umowa dodatkowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią polisy lub aneksu do polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
9. W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia umowy dodatkowej, Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie.
10. Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej.
11. Allianz poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy, potwierdzający zawarcie umowy dodatkowej.
12. Dzień zawarcia umowy dodatkowej Allianz potwierdzi w polisie lub w aneksie do polisy.
13. Za wyraźną zgodą osoby, której dane dotyczą, Allianz może uzyskać od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w rozumieniu

przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie, na której rzecz ma zostać zawarta umowa dodatkowa, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

§ 7. JAKI JEST CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ, JAKIE SĄ WARUNKI JEJ ROZWIĄZANIA ORAZ KIEDY WYGASA OCHRONA?

Umowa dodatkowa zawierana jest na 1 rok. Jeżeli pierwszą umowę dodatkową zawierasz nie w rocznicę polisy, wówczas trwa ona krócej niż rok – od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę polisy. Po pierwszej rocznicy polisy umowa dodatkowa przedłuża się na kolejne roczne okresy.
Umowa zostanie przedłużona na następne roczne okresy ubezpieczenia, jeśli Ty jako Ubezpieczający ani Allianz nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy.

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku z zastrzeżeniem ust. 3, nie dłużej jednak niż do:
   1) dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 85 lat lub do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat,
   2) dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej,
   3) dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej,
   4) dnia przekształcenia umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe, o ile postanowienia umowy głównej przewidują rozwiązanie umowy dodatkowej w przypadku przekształcenia umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe,
   5) dnia wykorzystania przez Ubezpieczonego Sumy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności Allianz, o której mowa w § 5 ust. 1,
   6) śmierci Ubezpieczonego,
   7) ostatniego dnia Okresu świadczenia usług w ramach ostatniego Modułu (tj. tego Modułu, w którym Okres świadczenia usług rozpoczął się najpóźniej) – gdy Ubezpieczony skorzysta z ochrony we wszystkich czterech Modułach.
2. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3. Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy, wówczas trwa ona do dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę polisy. Od najbliższej rocznicy polisy kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na roczne okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w ust. 2.
4. Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
5. W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 4, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał.
6. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1 oraz ust. 4, umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, składając w Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
7. W razie wygaśnięcia umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony.
8. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy głównej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci odstąpienia od umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej, zwrócimy Ci wpłaconą Składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.
Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w siedzibie Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

9. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania umowy dodatkowej lub z upływem okresu na jaki została ona zawarta, z zastrzeżeniem, że 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.

§ 8. OD CZEGO ZALEŻY WYSOKOŚĆ SKŁADKI I Z JAKĄ CZĘSTOTLIWOŚCIĄ NALEŻY JĄ OPŁACAĆ?

1. Składka z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z umowy głównej. Obowiązek opłacania Składki z tytułu umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Wysokość Składki z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej zależnych od wieku Ubezpieczonego. Wysokość Składki uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 3 ust. 4, § 11 ust. 2, a w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia od wykorzystania Okresu świadczenia usług w ramach danego Modułu.
3. Z zastrzeżeniem ust. 2 zd. ost. i ust. 4, wysokość składki z tytułu umowy dodatkowej w poszczególnych rocznych okresach ubezpieczenia jest stała.
4. Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości Składki z tytułu umowy dodatkowej w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany Składki z tytułu umowy dodatkowej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.
5. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz przed rocznicą polisy oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w § 7 ust. 2.
6. Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki z tytułu umowy dodatkowej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia i wysokość Składki zaproponowaną przez Allianz.
7. Datą opłacenia składki jest dzień wpływu Składki z tytułu umowy dodatkowej i umowy głównej w pełnej wysokości na rachunek bankowy Allianz.
8. Konsekwencje nieopłacenia składki przewidziane w warunkach umowy głównej mają zastosowanie do Składki z tytułu umowy dodatkowej płatnej łącznie ze składką z tytułu umowy głównej.

§ 9. KIEDY I NA JAKIEJ PODSTAWIE REALIZOWANE SĄ ŚWIADCZENIA?

Jeśli u Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego dziecka zdiagnozowano zdefiniowany Poważny stan chorobowy zadzwoń na numer infolinii: +48 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora).

1. **Opinia lekarska za granicą**
   1) W celu uzyskania świadczenia Opinii lekarskiej za granicą, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta.

2) Centrum Obsługi Klienta poinformuje Ubezpieczonego o czynnościach i wymaganych dokumentach niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia, odpowiedzialności Allianz i realizacji świadczeń.
3) Allianz obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Poważnego stanu chorobowego.
4) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie przewidzianym w pkt 3).

2. **Opieka medyczna za granicą**

Zgłoszenie roszczenia

1) W celu uzyskania świadczenia Opieki medycznej za granicą, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta.
2) Ubezpieczony zostanie poinformowany o krokach jakie należy podjąć w celu dostarczenia Allianz badań diagnostycznych oraz dokumentacji medycznej niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia, odpowiedzialności Allianz i realizacji świadczeń. Jeżeli Ubezpieczony wystąpi o świadczenie Opinia lekarska za granicą, będzie ono realizowane w pierwszej kolejności przed otrzymaniem świadczenia w ramach Opieki medycznej za granicą, ponieważ decyzja o zasadności Leczenia za granicą i plan Leczenia za granicą będzie oparty na ustaleniach i wytycznych wynikających z Opinii lekarskiej za granicą.

Obowiązki Ubezpieczonego

3) Ubezpieczony zobowiązany jest, w granicach dopuszczalnych przez obowiązujące przepisy prawa, do współpracy zapewniającej dostęp do dokumentacji medycznej, niezbędnej do dalszego prowadzenia postępowania, znajdującej się w posiadaniu Ubezpieczonego lub Lekarzy, szpitali lub innych placówek medycznych odpowiedzialnych za leczenie do dnia zgłoszenia roszczenia. Dostęp do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego jest niezbędny do ustalenia odpowiedzialności Allianz.
4) Ubezpieczony zobowiązany jest, w granicach dopuszczalnych przez obowiązujące przepisy prawa, do współpracy w zakresie przeprowadzenia niezbędnych działań medycznych mających na celu potwierdzenie i leczenie choroby objętej ochroną ubezpieczeniową. Brak współpracy zostanie stwierdzony w każdym przypadku, gdy Ubezpieczony:
   a) nie zastosował się do zaleceń Lekarza prowadzącego Leczenia za granicą lub ustalonego Planu leczenia opracowanego przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą lub
   b) odmawia poddania się leczeniu lub poddania się dodatkowym niezbędnym analizom diagnostycznym lub badaniom koniecznym do ustalenia ostatecznej diagnozy lub Planu leczenia.

Ocena roszczenia i propozycja Szpitala do przeprowadzenia leczenia

5) Ubezpieczony zostanie powiadomiony czy roszczenie jest objęte ochroną w ramach umowy dodatkowej po dokonaniu przez Allianz analizy zgromadzonej dokumentacji, z zastrzeżeniem pkt. 9)-11) poniżej.
6) W przypadku, gdy Ubezpieczony będzie zainteresowany Leczeniem za granicą, Allianz oceni możliwość skorzystania ze świadczenia w Okresie świadczenia Usług, z uwzględnieniem poniższych scenariuszy:
   - Scenariusz 1: Pełna dostępność
     Nie wystąpiło żadne wcześniejsze roszczenie w ramach odpowiedniego Modułu, w wyniku którego Leczenie za granicą zostało zorganizowane i opłacone w ramach umowy dodatkowej. W związku z tym Allianz potwierdzi pełną dostępność 36 miesięcy Okresu świadczenia usług.
   - Scenariusz 2: Częściowa dostępność
     W ramach odpowiedniego Modułu istniały wcześniejsze roszczenia, w wyniku których Leczenie za granicą zostało zorganizowane i opłacone w ramach umowy dodatkowej. W związku z tym Allianz potwierdzi dostępność pozostałych miesięcy w Okresie świadczenia usług.
   - Scenariusz 3: Okres świadczenia usług wygasł
     W ramach odpowiedniego Modułu istniały wcześniejsze roszczenia, które spowodowały, że Leczenie za granicą zostało zorganizowane i opłacone w ramach umowy dodatkowej, aż do upływu Okresu świadczenia usług. W związku z tym Allianz potwierdzi, że roszczenie nie jest objęte zakresem ochrony umowy dodatkowej.

W przypadku scenariuszy 1 i 2, Ubezpieczony otrzyma listę trzech rekomendowanych Szpitali poza granicami Polski.

7) W celu realizacji świadczenia Opieki medycznej za granicą Ubezpieczonemu zostaną przez Centrum Obsługi Klienta przedstawione trzy Szpitale kwalifikujące się do przeprowadzenia zaleconego leczenia Poważnego stanu chorobowego, poza granicami Polski. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednego z przedstawionych przez Centrum Obsługi Klienta Szpitali w ciągu 3 miesięcy od daty otrzymania od Centrum Obsługi Klienta informacji o dostępności Szpitali. W przypadku zawiadomienia Centrum Obsługi Klienta o swoim wyborze po upływie 3 miesięcy od daty otrzymania informacji o dostępności Szpitali, Ubezpieczony zobowiązany jest do udokumentowania aktualnego stanu zdrowia celem ponownego uzyskania informacji o dostępności Szpitali, o których mowa powyżej.
8) Decyzję o pokryciu kosztów leczenia Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego poza granicami Polski, w wybranym przez Ubezpieczonego Szpitalu, potwierdza doręczany Ubezpieczonemu Certyfikat leczenia za granicą. Certyfikat leczenia za granicą zachowuje ważność, w zakresie leczenia w nim wskazanego, przez okres 3 miesięcy od daty jego wystawienia. Po upływie 3 miesięcy od daty wystawienia Certyfikatu, Ubezpieczony zobowiązany jest do udokumentowania aktualnego stanu zdrowia celem ponownego uzyskania Certyfikatu leczenia za granicą.
9) Certyfikat leczenia za granicą doręczany jest Ubezpieczonemu w ciągu 30 dni liczonych od daty zawiadomienia o wystąpieniu Poważnego stanu chorobowego.
10) Gdyby w terminie wskazanym w pkt 9) wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do organizacji świadczeń w ramach Opieki medycznej za granicą okazało się niemożliwe, Allianz zorganizuje świadczenia (co potwierdzi Certyfikat leczenia za granicą) w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, organizacja świadczeń dotyczących opieki medycznej była możliwa.
11) Jeżeli świadczenie Opinii lekarskiej za granicą lub Opieki medycznej za granicą nie przysługuje, Allianz poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę zorganizowania i pokrycia kosztów leczenia Poważnego stanu chorobowego. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

3. **Okres świadczenia usług**

1) Okres świadczenia usług dla danego Modułu rozpoczyna się od pierwszego dnia wyjazdu Ubezpieczonego poza granice Polski, w celu skorzystania z Leczenia za granicą w ramach danego Modułu.
2) W razie uznania roszczenia z tytułu danego Modułu, Allianz pokryje koszty usług, wydatków i świadczeń pieniężnych (do limitów wskazanych w § 5), powstałe w trakcie Okresu świadczenia usług dla tego Modułu.
3) W przypadku, gdy na koniec Okresu świadczenia usług, Ubezpieczony jest w trakcie Leczenia za granicą (jest Hospitalizowany lub znajduje się pod opieką Szpitala zgodnie z warunkami określonymi w Certyfikacie leczenia za granicą), Allianz zapewni organizację i pokrycie kosztów świadczeń określonych w § 3 ust. 7 pkt 1) do dnia powrotu do Polski, określonego na podstawie ustalonego Planu leczenia opracowanego przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą.

4. **Powrót z leczenia za granicą**

1) W przypadku, gdy ostateczny powrót Ubezpieczonego do Polski w związku z zakończeniem Leczenia za granicą w ramach danego Modułu, nastąpi przed zakończeniem Okresu świadczenia usług w ramach tego Modułu, Allianz przedstawi Ubezpieczonemu Plan kontroli stanu zdrowia, czyli zalecenie Lekarza (Lekarzy) prowadzącego Leczenie za granicą.
2) Na podstawie Planu kontroli stanu zdrowia, ubezpieczony będzie uprawniony do:
   a) zwrotu kosztów zakupu Leków, zgodnie z § 3 ust. 7 pkt 5) lit. a) oraz
   b) Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą o którym mowa w § 3 ust. 7 pkt 5) lit. b)

   do końca Okresu świadczenia usług w ramach danego Modułu.

5. **Ocena roszczeń po powrocie z leczenia za granicą**

1) Po zakończeniu realizacji Planu leczenia w ramach świadczenia Leczenie za granicą i po powrocie do Polski, możliwe jest przeprowadzenie ponownej oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego w celu przeprowadzenia dalszego leczenia, jeżeli wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego oraz pod warunkiem, że Okres świadczenia usług nie został wykorzystany w ramach dotychczasowego leczenia.

2) Allianz poinformuje Ubezpieczonego o krokach jakie należy podjąć w celu dostarczenia badań diagnostycznych i dokumentacji medycznej niezbędnych do przeprowadzenia tej oceny.
3) W przypadku, gdy ocena stanu zdrowia przeprowadzona przez Allianz potwierdzi, że konieczne jest dalsze leczenie Niezbędne z medycznego punktu widzenia, zostanie to potwierdzone Ubezpieczonemu poprzez wydanie nowego Certyfikatu leczenia za granicą Planu leczenia wraz z listą zalecanych Szpitali i możliwych sposobów Leczenia za granicą.
4) Umowa dodatkowa będzie w dalszym ciągu pokrywać wszystkie usługi i koszty medyczne (wyszczególnione w § 3 ust. 7) do końca Okresu świadczenia usług na warunkach ostatniego Certyfikatu leczenia za granicą.

§ 10. KIEDY I NA JAKICH WARUNKACH UBEZPIECZONY OTRZYMUJE ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW?

1. Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania zwrotu następujących poniesionych kosztów:
   1) zakupu niezbędnych Leków lub środków opatrunkowych przepisanych przez Lekarza po leczeniu operacyjnym związanym z leczeniem Poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od daty opuszczenia Szpitala, o ile poniesiono je przed powrotem do Polski,
   2) zakupu niezbędnych Leków przepisanych przez Lekarza, o których mowa w § 3 ust. 7 pkt 5) lit. a) (zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski),
   3) badań i konsultacji w ramach Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą zgodnie z § 3 ust. 7 pkt 5) lit. b).
2. W celu uzyskania zwrotu kosztów Ubezpieczony powinien skontaktować się z Centrum Obsługi Klienta.
3. Zwrot kosztów dokonywany jest w złotych stanowiących równowartość kwot wyrażonych w walucie, w której zostały one poniesione według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu poniesienia tych kosztów. Zwrot kosztów jest realizowany do wysokości limitów określonych w § 5.
4. Zwrot kosztów następuje w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania przez Allianz żądania o ich zwrot.
5. Gdyby w terminie wskazanym w ust. 4 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, Allianz wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część świadczenia Allianz wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Podstawą do zwrotu kosztów jest przedstawienie przez Ubezpieczonego dowodów ich poniesienia w postaci kopii faktury lub innego dowodu zakupu oraz dowodu zapłaty, wykazujących jaki towar lub usługę nabyto oraz wysokość poniesionego kosztu z tego tytułu. Osoba zgłaszająca roszczenie może zostać poproszona o inne dokumenty, które będą niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia.

§ 11. JAKIE SĄ WARUNKI WZNOWIENIA UMOWY DODATKOWEJ?

1. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod warunkiem, że umowa główna podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz, oraz spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w OWU.
2. Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte Poważne stany chorobowe, w przypadku których w okresie 90 dni Karencji od daty wznowienia umowy dodatkowej, po raz pierwszy:
   a. w przypadku Modułu 1 – wykonane były badania potwierdzające wystąpienie Nowotworu złośliwego, Nowotworu przedinwazyjnego (carcinoma in situ „Tis"), zmiany przednowotworowej (ciężkiej dysplazji złośliwej) lub
   b. w przypadku Modułu 2, 3, 4 – wydane było zalecenie dotyczące wykonania procedur medycznych objętych ochroną.

Pamiętaj, nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązania, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

§ 12. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SKŁADANIA REKLAMACJI

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 zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
3. Rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi na nią nastąpi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, termin może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które są ustalane, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiedź na reklamację, skargę lub zażalenie będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępnione są na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach obsługujących klientów Allianz.
6. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
7. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Allianz do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu Allianz ma obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (udział w tym postępowaniu wymaga zgody Allianz). 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.
8. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z Allianz za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, możliwe jest skorzystanie 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/.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam polepszyć nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie: www.allianz.pl lub adresu: skargi@allianz.pl.

§ 13. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Allianz jest administratorem danych osobowych zbieranych w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tych warunków umowy dodatkowej. Pełna treść klauzuli opisującej zasady na jakich Allianz przetwarza dane osobowe udostępniana jest przy zbieraniu danych. Informacje na temat zasad przetwarzania przez Allianz danych osobowych dostępne są również na stronie www.allianz.pl.

§ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są ponadto informować Allianz o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane.
2. Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w tych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy dodatkowej można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy dodatkowej można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa)
6. OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 34/2024 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).

ZYTER4CAR-O01 01/24