Allianz

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ

Poważne zachorowania

224 224 224 allianz.pl

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – POWAŻNE ZACHOROWANIA (OWU/DPZ/2/2024)

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

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 3-4; § 13; § 14 ust. 2-3 z uwzględnieniem definicji z § 1; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Poważne zachorowania – Wykaz poważnych zachorowań cz. 1 oraz Załączniku nr 2 do Warunków umowy dodatkowej – Poważne zachorowania – Wykaz poważnych zachorowań cz. 2 z uwzględnieniem definicji z § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3; § 11 ust. 4 z uwzględnieniem definicji z § 1; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Poważne zachorowania – Wykaz poważnych zachorowań cz. 1 oraz Załączniku nr 2 do Warunków umowy dodatkowej – Poważne zachorowania – Wykaz poważnych zachorowań cz. 2 z uwzględnieniem definicji z § 1

ZYTER4DPZ-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, 4-6 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 § 11 ust. 1 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 – Poważne zachorowania. 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.

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**.

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" lub załącznikach do tych warunków ubezpieczenia. Pojęcia zdefiniowane zostały wyróżnione w treści warunków ubezpieczenia pogrubionym drukiem.

Do tych warunków ubezpieczenia dołączyliśmy załączniki:

- załącznik nr 1 – Wykaz poważnych zachorowań cz. 1, oraz
- załącznik nr 2 – Wykaz poważnych zachorowań cz. 2.

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. Dodatkowo, definicje poważnych zachorowań zawarliśmy w załącznikach do tych warunków ubezpieczenia.

§ 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) 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.
5) karencja	okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** wskazanego w **umowie dodatkowej** jest wyłączona, bądź ograniczona; okres **karencji** uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki.
6) lekarz orzecznik	lekarz orzecznik działający przy organie emerytalno-rentowym w Polsce, właściwy do wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji. Jeżeli od orzeczenia **lekarza orzecznika** został wniesiony sprzeciw, albo organ emerytalno-rentowy podniósł zarzut wadliwości orzeczenia, wówczas pod pojęciem **lekarza orzecznika** rozumie się komisję lekarską działającą przy właściwym organie emerytalno-rentowym orzekającą w drugiej instancji o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji.
7) lekarz uprawniony	lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich.
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) miesiąc polisowy	okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy głównej**. Pierwszy **miesiąc polisowy** rozpoczyna się w dniu wskazanym w **polisie** lub aneksie do **polisy**, każdy kolejny **miesiąc polisowy** rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy głównej** każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
10) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy głównej**, a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
11) niezdolność do samodzielnej egzystencji	naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych stwierdzone orzeczeniem **lekarza orzecznika** lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia **lekarza orzecznika** lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, przez niezdolność do samodzielnej egzystencji rozumie się trwałą i bezpowrotną utratę zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu czynności życia codziennego, za które uznaje się: a) poruszanie się w domu – przemieszczanie się z/do łóżka lub z/ na krzesło samodzielnie lub z użyciem laski, chodzika; b) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu higieny osobistej; c) mycie – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem w stopniu umożliwiającym utrzymanie higieny osobistej; d) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy innej osoby; e) jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie); f) korzystanie z toalety – samodzielne przemieszczanie się do toalety i korzystanie z niej przy utrzymaniu higieny osobistej.
12) polisa	dokument potwierdzający zawarcie **umowy ubezpieczenia**.
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) suma ubezpieczenia	kwota, którą wypłacamy jako świadczenie, gdy zajdzie **zdarzenie ubezpieczeniowe**.
15) 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.
16) trwały ubytek neurologiczny	zaburzenia neurologiczne, powstałe wskutek uszkodzenia poszczególnych struktur układu nerwowego, które powodują utrwalone ograniczenie sprawności organizmu potwierdzone w badaniu przedmiotowym i dokumentacji medycznej.
17) 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**.
18) umowa ubezpieczenia	**umowa główna** wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do **umowy głównej**.
19) 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.

20) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.
21) zdarzenie ubezpieczeniowe	zdarzenie objęte ochroną z tytułu **umowy dodatkowej**, potwierdzone w dokumentacji medycznej, polegające na: 1) zdiagnozowaniu w okresie ochrony u **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem** choroby lub przeprowadzeniu zabiegu, spośród chorób lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia – w zależności od wariantu ubezpieczenia, którym został objęty **Ubezpieczony** nie będący **Ubezpieczonym dzieckiem** – w kolumnie „Standard" albo „Komfort", albo 2) zdiagnozowaniu w okresie ochrony u **Ubezpieczonego dziecka** choroby lub przeprowadzeniu zabiegu, spośród chorób lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia w kolumnie „Poważne zachorowanie", lub 3) a) **rozpoznaniu wczesnej postaci nowotworu**, o którym mowa w załączniku nr 2 do tych warunków ubezpieczenia w okresie ochrony u **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem**, objętego ochroną w wariancie „Komfort", o ile **rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu** nie było poprzedzone w okresie ochrony wypłatą **Ubezpieczonemu** nie będącemu **Ubezpieczonym dzieckiem** świadczenia z tytułu zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym, lub takim samym umiejscowieniu, lub b) przeprowadzeniu zabiegu **przezskórnej interwencji wieńcowej**, o którym mowa w załączniku nr 2 do tych warunków ubezpieczenia w okresie ochrony u **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem**, objętego ochroną w wariancie „Komfort", o ile przeprowadzenie tego zabiegu nie było poprzedzone w okresie ochrony wypłatą świadczenia z tytułu **pomostowania (by pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu** lub **ostrego zawału serca**, lub zabieg **przezskórnej interwencji wieńcowej** nie miał miejsca w trakcie tego samego pobytu w **szpitalu**, podczas którego **Ubezpieczony** nie będący **Ubezpieczonym dzieckiem** poddał się zabiegowi **pomostowania (by pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu** lub leczeniu **ostrego zawału serca**.

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT, WARIANTY I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**.
2. **Umowę dodatkową** możesz zawrzeć w jednym z trzech wariantów ubezpieczenia:
   a) wariant „Standard", albo
   b) wariant „Komfort", albo
   c) wariant „Poważne zachorowanie".

   W wariantach wskazanych pod lit. a) i b), ochroną ubezpieczeniową możesz objąć wyłącznie **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem**, zaś w wariancie wskazanym pod lit. c) – wyłącznie **Ubezpieczone dziecko**. Warianty ubezpieczenia różnią się zakresem udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej – szczegółowo prezentujemy je w załączniku nr 1 i 2 do tych warunków ubezpieczenia.
3. Świadczenie w wysokości 100% **sumy ubezpieczenia** wypłacimy:
   a) **Ubezpieczonemu** nie będącemu **Ubezpieczonym dzieckiem**, jeśli w okresie ochrony zostanie u niego zdiagnozowana choroba lub przeprowadzony zabieg, spośród chorób lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia w kolumnie „Standard" albo „Komfort" – w zależności od wariantu ubezpieczenia, którym został objęty **Ubezpieczony** nie będący **Ubezpieczonym dzieckiem**, albo
   b) **Ubezpieczonemu dziecku**, jeśli w okresie ochrony zostanie u niego zdiagnozowana choroba lub przeprowadzony zabieg, spośród chorób lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia w kolumnie „Poważne zachorowanie".
4. Wypłacimy świadczenie w wysokości 10% **sumy ubezpieczenia Ubezpieczonemu** nie będącemu **Ubezpieczonym dzieckiem**, objętemu ochroną w ramach wariantu „Komfort", w przypadku, gdy w okresie ochrony zostanie u niego:
   a) **rozpoznana wczesna postać nowotworu** (o której mowa w załączniku nr 2 do tych warunków ubezpieczenia), o ile **rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu** nie było poprzedzone w okresie ochrony wypłatą **Ubezpieczonemu** nie będącemu **Ubezpieczonym dzieckiem** świadczenia z tytułu zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym, lub takim samym umiejscowieniu,
   b) przeprowadzony zabieg **przezskórnej interwencji wieńcowej** (o którym mowa w załączniku nr 2 do tych warunków ubezpieczenia), o ile przeprowadzenie tego zabiegu nie było poprzedzone w okresie ochrony wypłatą **Ubezpieczonemu** nie będącemu **Ubezpieczonym dzieckiem** świadczenia z tytułu **pomostowania (by pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu** lub **ostrego zawału serca**, lub zabieg **przezskórnej interwencji wieńcowej** nie miał miejsca w trakcie tego samego pobytu w **szpitalu**, podczas którego **Ubezpieczony** nie będący **Ubezpieczonym dzieckiem** poddał się zabiegowi **pomostowania (by pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu** lub leczeniu **ostrego zawału serca**.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia, wskazanych w lit. B poszczególnych definicji poważnych zachorowań zawartych w załączniku nr 1 i 2 do tych warunków ubezpieczenia.
2. Nie wypłacimy świadczenia za **zdarzenie ubezpieczeniowe**, które powstało 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) 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,

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**.

3. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** w okresie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej**, chyba że choroba lub zabieg były wynikiem **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną/rozpoznaną chorobę lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **Ubezpieczony** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od zdiagnozowania/rozpoznania tej choroby lub przeprowadzenia tego zabiegu.
5. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tę samą chorobę lub ten sam zabieg, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8.
6. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
7. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie choroby lub przeprowadzenie zabiegu, które – zgodnie z wiedzą medyczną – wynikają bezpośrednio z choroby lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy dodatkowej**, o którym mowa w § 2 ust. 3 lit a) tych warunków ubezpieczenia.
8. W zakresie świadczenia za **rozpoznanie** u **Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu**, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia z każdej z 15 kategorii nowotworów wskazanych w załączniku nr 2 do tych warunków ubezpieczenia (pkt 2 lit A).

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. Wyjaśniamy także jak odstąpić od umowy dodatkowej i jak ją wypowiedzieć.

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO DZIECKA

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

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

1. **Umowę dodatkową** zawierasz na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
2. Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania. Wariant ubezpieczenia dla **Ubezpieczonego** wybierasz na etapie składania wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
3. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej** oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów, dokonujemy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w wyniku czego możemy:
   a) zaakceptować Twój wniosek i zawrzeć **umowę dodatkową** na zaproponowanych przez Ciebie warunkach;
   b) odmówić zawarcia **umowy dodatkowej** ze względu na niezaakceptowanie ryzyka ubezpieczeniowego;
   c) zaproponować Ci zawarcie **umowy dodatkowej** na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.
4. Zawarcie **umowy dodatkowej** potwierdzimy poprzez wystawienie **polisy** lub aneksu do **polisy**.
5. Możemy prosić o dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia **Ubezpieczonego** oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Możemy prosić, aby w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego **Ubezpieczony** poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
7. 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 wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
8. Jeżeli odmówimy 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 daty złożenia nam sprzeciwu.
9. Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym zapłacisz składkę z tytułu **umowy dodatkowej**.
10. Jeżeli zawrzesz **umowę dodatkową** w trakcie obowiązywania **umowy głównej** to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** rozpocznie się pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożyłeś nam wniosek o zawarcie **umowy dodatkowej**, z zastrzeżeniem ust. 9.
11. 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 5 lat, chyba, że do zawarcia **umowy dodatkowej** dochodzi w dniu nie będącym **rocznicą polisy**, wówczas trwa ona do najbliższej **rocznicy polisy** oraz przez 4 kolejne lata, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. **Umowa dodatkowa** ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni 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** 66 lat, a w przypadku **umowy dodatkowej** zawartej na rachunek **Ubezpieczonego dziecka** – z dniem **rocznicy polisy** bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczone dziecko** 26 lat,

d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
e) z dniem poprzedzającym dzień przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile postanowienia **umowy głównej** przewidują takie rozwiązanie),
f) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej – Ubezpieczenie na życie dziecka – o ile w ramach **umowy dodatkowej** ochroną objęte jest **Ubezpieczone dziecko**,
g) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
a) 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** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin, w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o 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 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, w zależności od wysokości **sumy ubezpieczenia**, wieku **Ubezpieczonego** oraz wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W wyliczeniu składki uwzględnia się okres **karencji**.
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. Wysokość składki w poszczególnych 5-letnich okresach trwania **umowy dodatkowej** jest stała, chyba że zdecydujesz się na indeksację **sumy ubezpieczenia**, o której mowa w § 10 tych warunków ubezpieczenia. W wyniku tego składka podwyższy się.
5. Możemy zaproponować Ci nową wysokość składki w każdym kolejnym 5-letnim 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**.
6. Możesz przyjąć naszą propozycję kontynuacji **umowy dodatkowej** oraz zmiany wysokości składki – wystarczy, że wpłacisz składkę w zaproponowanej przez nas wysokości.

§ 10. INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji **sumy ubezpieczenia**. Ma ona na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia. W wyniku indeksacji podwyższa się składka.
2. O skorzystaniu z indeksacji możesz zdecydować w **rocznicę polisy**.
3. Przed **rocznicą polisy** możemy określić wskaźnik indeksacji i na jego podstawie zaproponować Ci nową wysokość **sumy ubezpieczenia** oraz składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Jako wskaźnik indeksacji przyjmiemy średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych (inflacji) dotyczących rocznych okresów kończących się w kolejnych miesiącach za miesiące od października poprzedniego roku do września danego roku włącznie, publikowanych przez uprawniony do tego urząd, jednak nie mniej niż 3%. W dniu wejścia w życie tych warunków ubezpieczenia urzędem uprawnionym do ogłaszania i publikowania wskaźników, o których piszemy wyżej, jest Główny Urząd Statystyczny. Gdy obliczamy średnią arytmetyczną stosujemy zaokrąglenie do dwóch miejsc po przecinku. Ustalony wskaźnik zastosujemy do indeksacji **sum ubezpieczenia** z umów, których **rocznica polisy** przypada w następnym roku kalendarzowym.
5. Możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej.
6. Odmowa indeksacji wymaga złożenia przez Ciebie oświadczenia. Jeśli Twoje oświadczenie dotyczące propozycji indeksacji nie wpłynie do nas w terminie 30 dni od otrzymania propozycji indeksacji, będziemy to traktować jako przyjęcie proponowanej indeksacji.
7. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne lata polisowe, to nie przygotujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji.
8. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz złożyć nam wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji lub oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji. Oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji możesz też złożyć nam razem z wnioskiem o zawarcie **umowy dodatkowej**.
9. Nie zaproponujemy Ci indeksacji w **rocznicę polisy** przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile **umowa główna** przewiduje takie możliwości).

§ 11. ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA

1. Możesz zmienić **sumę ubezpieczenia** w każdą **miesięcznicę polisy**. Potrzebny jest do tego Twój wniosek, zgoda **Ubezpieczonego** oraz nasza akceptacja. Zmiana **sumy ubezpieczenia** powoduje zmianę wysokości składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. Z prawa do podwyższenia **sumy ubezpieczenia** w trakcie trwania **umowy dodatkowej** możesz skorzystać tylko wtedy, gdy w momencie złożenia wniosku o podwyższenie **sumy ubezpieczenia** wiek **Ubezpieczonego** nie przekracza 65 lat.
3. Przed podwyższeniem **sumy ubezpieczenia** możemy prosić o to, by **Ubezpieczony**:
   a) podał dodatkowe informacje dotyczące swojego stanu zdrowia oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lub w tym samym celu prosić aby
   b) poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
4. Jeśli w trakcie trwania **umowy dodatkowej** zdecydujesz się podwyższyć wysokość **sumy ubezpieczenia**, to zastosujemy **karencję**. **Karencja** polega na tym, że wypłacimy niepodwyższone świadczenie w przypadku zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** w okresie 90 dni od daty podwyższenia **sumy ubezpieczenia**.
5. Nie stosujemy **karencji** w przypadku **zdarzeń ubezpieczeniowych** będących wynikiem **wypadku**.

§ 12. 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.

§ 13. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
   a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,
   b) telefonicznie 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
   c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
   d) w każdej naszej placówce.
2. Jeżeli **umowa dodatkowa** była zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy **Ubezpieczonego**. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 14. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego**:
   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 ubezpieczeniowego**, 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). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.
2. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, 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 ubezpieczeniowym**.
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 ubezpieczeniowym**.
7. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej**, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy 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.

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.

§ 15. 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.

§ 16. 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/.

§ 17. 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.

§ 18. 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 33/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ –

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ CZ. 1

	WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1	Warianty ubezpieczenia: Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
1.	**Amputacja kończyn z powodu choroby** **A.** Przeprowadzenie operacji amputacji co najmniej jednej kończyny wskutek choroby: a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.		X	
2.	**Anemia aplastyczna po przeprowadzeniu leczenia** **A.** Choroba spowodowana niewydolnością szpiku kostnego, której rezultatem jest pancytopenia, czyli wystąpienie łącznie: anemii, neutropenii i trombocytopenii (obniżenia ilości wszystkich linii komórek krwi – erytrocytów, leukocytów i trombocytów). Wymagane jest potwierdzenie pancytopenii w badaniach laboratoryjnych, przedstawienie wyniku trepanobiopsji wykazującego aplazję szpiku oraz przeprowadzenie leczenia jedną z następujących metod: a) regularne transfuzje krwi i/lub preparatów krwiopochodnych, b) przeszczep szpiku kostnego, c) leczenie immunosupresyjne, d) leczenie stymulujące odnowę szpiku kostnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: ustępującej bez leczenia anemii aplastycznej, anemii polekowej, odwracalnej aplazji szpiku, przejściowej niewydolności szpiku, aplazji szpiku wskutek zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	X	X	
3.	**Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałym ubytkiem neurologicznym** **A.** Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia szpitalnego i prowadząca do wystąpienia **trwałego ubytku neurologicznego**. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon.		X	X
4.	**Bakteryjne zapalenie wsierdzia** **A.** Choroba przebiegająca z objawami infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW), która wystąpiła u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – wystąpienia choroby u osoby z implantowaną sztuczną zastawką serca, – wystąpienia choroby jako powikłania szpitalnego.		X	X
5.	**Borelioza wymagająca leczenia szpitalnego** **A.** Choroba rozpoznana jako borelioza (kod choroby A.69.2 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, pod warunkiem, że jej pierwsze rozpoznanie potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego miało miejsce w okresie ochrony.		X	
6.	**Całkowita, nieodwracalna utrata mowy** **A.** Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony), która nastąpiła wskutek resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani lub uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa lub neurologa.	X	X	X
7.	**Całkowita, nieodwracalna utrata słuchu** **A.** Całkowita, nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.	X	X	X
8.	**Całkowita, nieodwracalna utrata wzroku** **A.** Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji), trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza okulistę.	X	X	X
9.	**Choroba Alzheimera z niezdolnością do samodzielnego funkcjonowania** **A.** Przewlekła i postępująca, degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której dochodzi do wystąpienia nieodwracalnych zaburzeń pamięci, funkcji poznawczych, osobowości i zachowania, oraz zmiany nastroju, a w efekcie do niezdolności do samodzielnego funkcjonowania. Rozpoznanie choroby i niezdolność do samodzielnego funkcjonowania powinny być postawione przez lekarza neurologa lub psychiatrę. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej od nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.		X	
10.	**Choroba Parkinsona skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji** **A.** Samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, lub niestabilności postawy i skutkująca **niezdolnością do samodzielnej egzystencji**. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).	X	X	
11.	**Choroba Creutzfeldta-Jakoba skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji** **A.** Choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych skutkująca **niezdolnością do samodzielnej egzystencji**. Rozpoznanie pełnoobjawowej choroby powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa.	X	X	

	WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1	Warianty ubezpieczenia: Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
12.	**Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca operacji** **A.** Przewlekłe, nieswoiste zapalenie przewodu pokarmowego przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji, które charakteryzuje się występowaniem odcinkowych zmian zapalnych głównie w obrębie jelita, obejmujących całą grubość jego ściany. Zmiany zapalne występować mogą we wszystkich odcinkach przewodu pokarmowego – od jamy ustnej aż do odbytnicy. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu, wymagające operacji z powodu wystąpienia jednej z następujących przyczyn: niedrożności przewodu pokarmowego, masywnego krwawienia, perforacji jelita, przetoki, ropni, stwierdzenia lub podejrzenia procesu nowotworowego, wyniszczenia organizmu. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów wyłącznej plastyki zwężeń.		X	
13.	**Choroba neuronu ruchowego** **A.** Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez lekarza neurologa, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych: a) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA), b) postępującego zaniku mięśni (PMA), c) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS), d) postępującego porażenia opuszkowego (PBP).		X	
14.	**Leczenie by-passem choroby tętnic obwodowych** **A.** Przeprowadzenie operacji w celu leczenia przewlekłej choroby naczyń obwodowych, polegającej na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic obwodowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych.		X	
15.	**Ciężki paraliż dwóch lub więcej kończyn** **A.** Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza neurologa lub ocenione przez **lekarza uprawnionego**.		X	X
16.	**Cukrzyca typu I insulinozależna** **A.** Cukrzyca insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, która wymaga leczenia insuliną w sposób ciągły przez okres co najmniej trzech miesięcy (przy czym upływ 3 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza diabetologa.			X
17.	**Cukrzyca typu I insulinozależna o ciężkim przebiegu** **A.** Choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnego niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak – przeciwciała przeciwwyspowe, przeciwinsulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Z zakresu ochrony wyłączona jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.		X	
18.	**Dystrofia mięśniowa: Duchenne'a, Becker'a, obręczowo-kończynowa** **A.** Dziedziczna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym objawiająca się osłabieniem mięśni wskutek ich degeneracji, zaniku, atrofii prowadzących do trwałych zaburzeń ich funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).		X	X
19.	**Głęboka śpiączka** **A.** Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, który rozpoczął się w okresie ochrony, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do **trwałego ubytku neurologicznego**; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania **trwałego ubytku neurologicznego**. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.	X	X	X
20.	**Głębokie oparzenia skóry w wyniku wypadku** **A.** Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia szpitalnego. Zakres ochrony obejmuje: a) oparzenia ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, b) oparzenia ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera). Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę **wypadku** prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.	X	X	X

	WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1	Warianty ubezpieczenia: Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
21.	**Gorączka denga o ciężkim przebiegu** **A.** Infekcyjna choroba tropikalna wywoływana przez wirus dengi, której objawy obejmują: gorączkę, bóle głowy, mięśni i stawów oraz charakterystyczną wysypkę, i która może prowadzić do groźnych krwotoków, hipowolemii i wstrząsu. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone wynikiem badania mikrobiologicznego – izolacją wirusa z hodowli komórkowej, lub wykryciem kwasów nukleinowych wirusa metodą PCR, lub wykryciem antygenów wirusa, lub obecnością swoistych przeciwciał w klasie IgM. Ochroną objęta jest choroba wymagająca leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu określonym jako występowanie co najmniej jednego z wymienionych: – wstrząsu hipowolemicznego, – akumulacji płynu z niewydolnością oddechową, – poważnego krwotoku, – niewydolności narządowej, do której należą: ostra niewydolność wątroby, ostra niewydolność nerek, encefalopatia lub kardiomiopatia.		X	
22.	**Gruźlica** **A.** Wystąpienie choroby zakaźnej w postaci płucnej lub poza płucnej spowodowanej prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis). Rozpoznanie choroby w okresie ochrony, musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego lub histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje wystąpienia gruźlicy ze współistniejącą infekcją HIV.		X	
23.	**Kardiomiopatia** **A.** Choroba mięśnia sercowego prowadząca do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza kardiologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.		X	
24.	**Łagodny guz mózgu wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny** **A.** Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej, a w przypadku jej zaniechania powodująca **trwały ubytek neurologiczny**. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwiaków, – ziarniniaków, – ropni, – guzów rdzenia.	X	X	X
25.	**Łagodny guz rdzenia wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny** **A.** Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrztwardówkowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej, a w przypadku jej zaniechania powodująca **trwały ubytek neurologiczny**. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwiaków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy, – urazów kręgosłupa.		X	X
26.	**Malaria o ciężkim przebiegu** **A.** Ostra lub przewlekła choroba zakaźna wywoływana przez wewnątrzkomórkowego pierwotniaka z gatunku zarodźców (Plasmodium) objawiająca się dreszczami i wysoką gorączką oraz towarzyszącymi dolegliwościami, do których należą: bóle głowy, mięśni, nudności, wymioty, biegunka, duszność, zaburzenia neurologiczne. Rozpoznanie postawione na podstawie objawów klinicznych musi być potwierdzone wynikiem jednego z poniższych badań wskazujących na: – obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi (technika Giemzy), – obecność kwasów nukleinowych Plasmodium spp. we krwi (m.in. techniką PCR, NAT, reakcją NASBA, LAMP), – obecność antygenu Plasmodium spp. (test immunologiczny RDTs). Zakres ochrony obejmuje przypadki wymagające leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu manifestującym się pod jedną z niżej wymienionych postaci: ostrej niewydolności nerek, kwasicy z objawami ciężkiej niewydolności oddechowej, zaburzeń świadomości lub śpiączki w przebiegu niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego lub mózgowej postaci malarii, obrzęku płuc, wstrząsu, hipoglikemii, ciężkiej niedokrwistości, skazy krwotocznej, żółtaczki, hyperparazytemii, niewydolności wielonarządowej.		X	

	WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1	Warianty ubezpieczenia: Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
27.	**Nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami** **A.** Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Zakres ochrony obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu okresu ochrony. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów „in situ", nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM).			X
28.	**Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym** **A.** Ostra choroba zapalna mózgu o etiologii wirusowej, do powstania której doszło wskutek zakażenia przenoszonego przez kleszcza, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania **trwałego ubytku neurologicznego**, oraz wymagająca leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.		X	X
29.	**Operacja usunięcia ropnia mózgu** **A.** Przeprowadzenie operacji usunięcia zmiany w mózgu, potwierdzonej rozpoznaniem histopatologicznym jako ropień mózgu.		X	
30.	**Operacja wymiany zastawki na otwartym sercu** **A.** Przeprowadzenie operacji na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegającej na wymianie jednej lub więcej zastawek serca. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie operację wszczepiania sztucznych zastawek serca. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów naprawczych zastawek, – zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, wymianie zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przezskórne wszczepienie zastawki).	X	X	X
31.	**Ostra niewydolność wątroby** **A.** Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności miąższu wątroby, które rozpoczęły się w okresie ochrony, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia u osoby bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. Zakres ochrony obejmuje przypadki spełniające łącznie wszystkie poniższe kryteria: a) brak stwierdzenia wcześniej choroby wątroby, b) niewydolność wątroby trwająca przed zdiagnozowaniem ostrej niewydolności nie dłużej niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, c) encefalopatia wątrobowa ujawniona w okresie krótszym niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, d) zaburzenia w układzie krzepnięcia krwi, przy wskaźniku INR≥1,5. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	X	X	
32.	**Ostry zawał serca** **A.** Martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem, ze współistniejącym i udokumentowanym wzrostem lub spadkiem stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego we krwi (troponiny sercowej cTn) z przynajmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnych, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych dowodów na niedokrwienie mięśnia sercowego: a) objawy kliniczne niedokrwienia serca, b) nowe niedokrwienne zmiany w elektrokardiogramie, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem, – przypadków, w których brak wskazania do pilnego leczenia szpitalnego.	X	X	
33.	**Otwarta operacja aorty brzusznej lub piersiowej** **A.** Przeprowadzenie operacji aorty w odcinku piersiowym lub brzusznym, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia, rozwarstwienia aorty, w tym: a) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu zastąpienia przeszczepem naczyniowym (protezą naczyniową) tętniakowato zmienionej aorty w odcinku piersiowym lub brzusznym do wysokości odejścia tętnic nerkowych, b) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu korekty wrodzonego lub nabytego zwężenia aorty w odcinku piersiowym lub brzusznym do wysokości odejścia tętnic nerkowych, polegającego na chirurgicznym usunięciu tkanek tworzących zwężenie z /bez uzupełnienia łatą z tworzywa sztucznego. Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.	X	X	X
34.	**Pierwotne nadciśnienie płucne** **A.** Choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza kardiologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiejkolwiek innej przyczyny.		X	

	WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1	Warianty ubezpieczenia: Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
35.	**Pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu** **A.** Przeprowadzenie operacji w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, wymagającej otwarcia klatki piersiowej, polegającej na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje **przezskórnej interwencji wieńcowej.**	X	X	
36.	**Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu** **A.** Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej, objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie posocznicę o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagającą leczenia szpitalnego.		X	X
37.	**Postępujące porażenie nadjądrowe skutkujące niezdolnością do samodzielnej egzystencji** **A.** Choroba charakteryzująca się postępującym zanikiem, glejozą (przerostem, rozrostem tkanki glejowej) i zwyrodnieniem komórek mózgowia, objawiająca się klinicznie: sztywnością mięśniową, spowolnieniem ruchowym, zaburzeniami ruchomości gałek ocznych, zespołem psychoorganicznym o charakterze demencji, ze spowolnieniem intelektualnym, zaburzeniami płynności mowy lub trudnościami z wykonaniem złożonych czynności i skutkująca **niezdolnością do samodzielnej egzystencji**. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.		X	
38.	**Powikłana postać schistosomatozy (bilharcjoza)** **A.** Przewlekła choroba pasożytnicza, wywoływana przez przywry krwi z rodzaju Schistosoma. Rozpoznanie potwierdzone wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powikłanych postaci choroby, w których dochodzi do włóknienia płuc i rozwoju serca płucnego lub do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego skutkującego wystąpieniem porażeń, które wymagają leczenia szpitalnego.		X	
39.	**Przeszczep serca, wątroby, trzustki, płuca, szpiku kostnego** **A.** Dokonanie lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego do przeszczepu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby (również jej części), trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca lub szpiku kostnego (przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi). Dokonanie przeszczepu lub zarejestrowanie na liście osób oczekujących na przeszczep, prowadzonej w państwie, w którym Ubezpieczony oczekuje na przeszczep (przez uprawniony do tego organ, na podstawie obowiązujących przepisów prawa), powinno być potwierdzone dokumentacją medyczną. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.	X	X	X
40.	**Przeszczep tętnicy płucnej na otwartym sercu** **A.** Przeprowadzenie operacji na otwartym sercu, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.		X	
41.	**Przewlekła niewydolność oddechowa** **A.** Potwierdzona przez lekarza pulmonologa przewlekła choroba płuc skutkująca znacznym obniżeniem wydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) konieczność przewlekłej tlenoterapii, tj.>15 h/ dobę przez minimum 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony), b) objawy kliniczne i wyniki badań wskazujące na niewydolność oddechową. Zakres ochrony obejmuje przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, pozapalne zwłóknienie i marskość płuc, pylicę płuc, samoistne włóknienie płuc. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – astmy, – mukowiscydozy, – przewlekłej niewydolności serca, – przewlekłej zatorowości płucnej, – wad serca i dużych naczyń, – chorób układu nerwowego, – nowotworów, – zmian anatomicznych i pourazowych, – zespołu ostrej niewydolności oddechowej z każdej przyczyny.		X	
42.	**Przewlekła niewydolność nerek** **A.** Przewlekła niewydolność nerek, która rozpoczęła się w okresie ochrony, spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepów.	X	X	X
43.	**Schyłkowa niewydolność wątroby** **A.** Występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności miąższu wątroby spowodowanej marskością, będące wyrazem ciężkich zaburzeń czynności wątroby i jej niezdolności do spełniania prawidłowych funkcji metabolicznych oraz syntezy białek. Objawy, których łączne występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: a) utrwalona żółtaczka, b) wodobrzusze, c) encefalopatia wątrobowa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.		X	X

	WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1	Warianty ubezpieczenia: Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
44.	**Stwardnienie rozsiane skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym** **A.** Przewlekła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu, rdzeniu kręgowym, przebiegająca z okresami zaostrzeń i poprawy lub postępująco, skutkująca **trwałym ubytkiem neurologicznym**, której pierwszy rzut (epizod typowy dla „ostrej zmiany demielinizacyjnej" ośrodkowego układu nerwowego) miał miejsce w okresie ochrony. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa na podstawie danych klinicznych i wyników badania metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz, jeżeli było wykonane, na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego lub badania potencjałów wywołanych.	X	X	X
45.	**Tężec o ciężkim przebiegu** **A.** Ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.		X	
46.	**Toczeń rumieniowaty układowy o ciężkim przebiegu** **A.** Choroba autoimmunologiczna, doprowadzająca do procesu zapalnego i w konsekwencji do uszkodzenia wielu tkanek i narządów, najczęściej obejmującego skórę, nerki, stawy, układ krwiotwórczy i nerwowy, przebiegająca postępująco, z okresami zaostrzeń i remisji, a w rozumieniu tej definicji doprowadzająca do utrwalonej niewydolności nerek lub skutkująca **trwałym ubytkiem neurologicznym**. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza reumatologa i potwierdzone zmianami w nerkach skutkującymi utrzymującą się proteinurią (białkomocz) lub hematurią (krwiomocz) i stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę lub występowaniem **trwałego ubytku neurologicznego**. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – tocznia polekowego, – innych form choroby bez towarzyszącej nefropatii lub **trwałego ubytku neurologicznego**.		X	
47.	**Twardzina układowa (sklerodermia) o ciężkim przebiegu** **A.** Przewlekła autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej, powodująca wzmożone napięcie i stwardnienie skory (zmiany w układzie naczyniowym, kostnym, mięśniowym oraz narządach wewnętrznych) oraz uszkodzenie narządów wewnętrznych, w tym płuc i serca. Zakres ochrony obejmuje wystąpienie twardziny układowej uogólnionej, z rozległymi zmianami skórnymi i zajęciem procesem chorobowym płuc, serca lub nerek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza reumatologa lub dermatologa i potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – twardziny układowej ograniczonej, miejscowej (akrosklerodermia, morphea), w tym zespołu CREST, – zespołów twardzinopodobnych w przebiegu chorób metabolicznych, eozynofilowego zapalenia powięzi, obrzęku stwardniałego, keloidu.		X	
48.	**Udar mózgu skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym** **A.** Nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy środczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, w tym krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego, skutkujące **trwałym ubytkiem neurologicznym**. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR). **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego, – udaru niepozostawiającego **trwałego ubytku neurologicznego** w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego, – uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.	X	X	
49.	**Usunięcie płuca (pneumonektomia)** **A.** Przeprowadzenie operacji w celu całkowitego usunięcia jednego płuca z powodu choroby lub urazu **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem**. Wskazanie do operacji powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje operacji niecałkowitego usunięcia płuca (lobektomia, klinowa resekcja, nacięcie).		X	
50.	**Wrzodziejące zapalenie jelita grubego wymagające całkowitej kolektomii** **A.** Przewlekłe nieswoiste zapalenie jelita prowadzące do zniszczenia jego błony śluzowej, występujące w obrębie jelita grubego, przebiegające w postaci ostrych rzutów przedzielonych okresami remisji. Rozpoznanie powinno zostać postawione na podstawie wyników badań endoskopowych i potwierdzone przez patomorfologa oceną mikroskopową wycinka pobranego z zajętego procesem zapalnym jelita. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu wymagające usunięcia całego jelita grubego (całkowitej kolektomii, proktokolektomii).		X	
51.	**Wścieklizna o ciężkim przebiegu** **A.** Ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusa wścieklizny (rabies virus RABV) przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i wymagająca leczenia szpitalnego. Warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony potwierdzonego w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.		X	X

	WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1	Warianty ubezpieczenia: Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
52.	**Zaawansowany nowotwór** **A.** Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu okresu ochrony. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – zespołów mielodysplastycznych, – nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej, – nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, – zmian przednowotworowych, – nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis), – dysplazji dużego stopnia, – środnabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1,2, 3), – guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości, – brodawkowatego mikro-raka tarczycy, – raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM, – raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6), – nowotworów skory z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM, – nowotworów współistniejących z infekcją HIV.	X	X	
53.	**Zapalenie mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym** **A.** Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia szpitalnego, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania **trwałego ubytku neurologicznego.** **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.		X	X
54.	**Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** **A.** Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilię, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Polski zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie przypadki przeprowadzenia transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia w okresie ochrony i nastąpienie serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.	X	X	X
55.	**Zatorowość płucna wymagająca leczenia szpitalnego** **A.** Nagłe zatkanie światła pnia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w wyniku przemieszczenia materiału zatorowego z żył obwodowych lub jam prawego serca, skutkujące przerwaniem napływu krwi do miąższu płuca, wymagające leczenia szpitalnego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania scyntygrafii perfuzyjnej płuc lub spiralną tomografią komputerową klatki piersiowej, lub łącznie: badaniami diagnostycznymi (ECHO serca, EKG), laboratoryjnymi (gazometria) i typowym zespołem objawów klinicznych potwierdzonych przez lekarza prowadzącego i opisanych w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.		X	

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ –

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ CZ. 2

	WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 2	Warianty ubezpieczenia:		
		Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
1.	**Przezskórna interwencja wieńcowa** **A.** Ochroną objęty jest pierwszy zabieg wewnątrznaczyniowy w okresie ochrony, przeprowadzony w celu korekcji minimum 50% zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Przeprowadzenie zabiegu oraz rozległość zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych powinny być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia specjalistycznego oraz w koronarografii.		X	
2.	**Rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu** **A.** Ochroną objęte jest rozpoznanie u **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem** następujących wczesnych postaci nowotworu: 1) nowotwór in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka – zgodnie z kategorią D00 klasyfikacji ICD – 10; 2) nowotwór in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego – zgodnie z kategorią D01 klasyfikacji ICD – 10; 3) nowotwór in situ ucha środkowego i układu oddechowego – zgodnie z kategorią D02 klasyfikacji ICD – 10; 4) czerniak in situ – zgodnie z kategorią D03 klasyfikacji ICD – 10; 5) nowotwór in situ skóry – zgodnie z kategorią D04 klasyfikacji ICD – 10; 6) nowotwór in situ piersi – zgodnie z kategorią D05 klasyfikacji ICD – 10; 7) nowotwór in situ szyjki macicy – zgodnie z kategorią D06 klasyfikacji ICD – 10; 8) nowotwór in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych – zgodnie z kategorią D07 klasyfikacji ICD – 10; 9) nowotwór in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu – zgodnie z kategorią D09 klasyfikacji ICD – 10; 10) guz jajnika o niskim potencjale złośliwym, granicznej złośliwości; 11) zespół mielodysplastyczny – zgodnie z kategorią D46 klasyfikacji ICD – 10; 12) nowotwór mieloproliferacyjny; 13) brodawkowaty mikro-rak tarczycy; 14) rak pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM; 15) rak gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6). **Rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu** powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa. Data rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień **rozpoznania wczesnej postaci nowotworu** przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego lub innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa. Zakres ochrony obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego lub innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze **rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu** będzie późniejsza. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje **rozpoznania** u **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem wczesnej postaci nowotworu**, jeżeli było ono skutkiem zakażenia się przez niego wirusem HIV. Odpowiedzialność Allianz ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia z każdej z 15 kategorii nowotworów wskazanych powyżej w lit. A.		X	

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).

ZYTER4DPZ.O01 01/24