Allianz

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PRACODAWCY

Medycyna pracy

(INDEKS MP 02)

224 224 224* allianz.pl
*Opłata zgodna z taryfą danego operatora

Wprowadzamy nowe zasady obsługi reklamacji, skarg i zażaleń

Szanowni Państwo,

od **13.02.2026 r.** zmieniają się zasady rozpatrywania reklamacji, skarg i zażaleń w Allianz. W nowych zasadach, które znajdą Państwo niżej, zapewniamy m.in. szersze wykorzystanie elektronicznych form komunikacji.

Z wyrazami szacunku

Allianz

Jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa).
2. Można to zrobić:
   a) na piśmie:
      i) w postaci papierowej – osobiście w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe, albo nadając w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
      ii) w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl albo wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych: **AE:PL-62864-84315-VDAGC-23**;
   b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie.
3. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
4. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
5. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie:
   a) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci papierowej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   b) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej. Odpowiedzi udzielimy:
      i) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego złożono reklamację, skargę lub zażalenie, albo innego środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez składającego reklamację, skargę lub zażalenie, w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
      ii) na adres składającego reklamację, skargę lub zażalenie do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały wysłane na adres do doręczeń elektronicznych;
   c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem składającego reklamację, skargę lub zażalenie – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone ustnie.
6. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym i zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.
7. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
8. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

Jak inaczej można rozwiązać spór

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 celu dochodzenia roszczeń istnieje możliwość skierowania powództwa do sądu powszechnego. Powództwo o roszczenie wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Jako pozwanego należy wskazać **TUiR Allianz Polska S.A.** ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz 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 w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,
pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

SPIS TREŚCI

§1 Postanowienia ogólne 4
§2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia 4
§3 Zawarcie umowy ubezpieczenia 5
§4 Składka 6
§5 Nieopłacenie składki 6
§6 Rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i czas jej trwania 6
§7 Rozwiązanie umowy ubezpieczenia oraz odstąpienie od umowy ubezpieczenia 6
§8 Obowiązki Ubezpieczającego 7
§9 Postanowienia końcowe 7

Załącznik nr 1 – Zakres badań wykonywanych w ramach świadczeń medycyny pracy 8

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PRACODAWCY – MEDYCYNA PRACY (INDEKS MP 02)

Informacja, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	**NUMER ZAPISU Z OWU PRACODAWCY – MEDYCYNA PRACY**
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 1 ust. 2 § 2 ust. 1-7 § 2 ust. 9-12 Załącznik nr 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 13-15

GZPMP-O01 01/24

§1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, zwane dalej o.w.u., stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej Allianz, z Ubezpieczającymi.
2. Terminom używanym w o.w.u., polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:
   1) **badania kontrolne** – badania lekarskie przeprowadzane dla wszystkich pracowników przy powrocie do pracy po przerwie spowodowanej niezdolnością do pracy w wyniku choroby trwającej dłużej niż 30 dni;
   2) **badania okresowe** – badania lekarskie przeprowadzane dla wszystkich pracowników wykonujących pracę na danym stanowisku pracy, dla których kończy się ważność zaświadczenia lekarskiego wydanego w ramach poprzedniego badania z zakresu medycyny pracy;
   3) **badania wstępne** – badania lekarskie przeprowadzone dla:
      a) osób przyjmowanych do pracy,
      b) pracowników przenoszonych na stanowisko pracy, na którym występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe;
      c) młodocianych przenoszonych na inne stanowisko pracy.
   4) **badania specjalistyczne i diagnostyczne** – konsultacje u specjalistów oraz dodatkowe badania diagnostyczne wykonywane na zlecenie lekarza medycyny pracy, ściśle związane z warunkami pracy i z zagrożeniami występującymi na określonym stanowisku pracy;
   5) **badania profilaktyczne** – badania lekarskie z zakresu medycyny pracy obejmujące badania wstępne, okresowe i kontrolne wraz z badaniami specjalistycznymi i diagnostycznymi, wskazane w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u.; badania profilaktyczne przeprowadzane są na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę zgodnie z niniejszymi o.w.u.;
   6) **choroba zawodowa** – choroba spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy lub sposobem wykonywania pracy; wykaz chorób zawodowych określa rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach (Dz. U. 2002 r. nr 132, poz.1115);
   7) **Dyrekcja Generalna** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres Allianz wskazany w polisie;
   8) **jednostki służby medycyny pracy** – jednostki, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy o służbie medycyny pracy z dnia 27.06.1997 roku (Dz. U. 2004 r. nr 125 poz. 1317 j.t. z późn. zm.), współpracujące z Allianz w zakresie udzielania świadczeń medycyny pracy, zwane także placówkami medycznymi;
   9) **Kodeks pracy** – ustawa Kodeks pracy z dnia 26 czerwca 1974 roku (Dz. U. z 1998 roku, Nr 21 poz. 94 t.j. z późn. zm.) oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie;
   10) k**ontrola zdrowia pracowników** – procedury i badania podejmowane celem dokonania oceny zdrowia pracowników, wykrycia i zidentyfikowania stanów odbiegających od normy oraz ich związku przyczynowego z warunkami pracy; w ramach kontroli zdrowia pracownicy otrzymują poradę i zalecenia odnośnie sposobów zapobiegania niekorzystnym zmianom w stanie zdrowia;
   11) **medycyna pracy** – ochrona zdrowia pracowników przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonania, a także w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami;
   12) **polisa** – dokument wystawiony przez Allianz, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
   13) **profilaktyczna opieka zdrowotna** – działania zapobiegające powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które mają związek z warunkami lub charakterem wykonywanej pracy; zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej określa §2 ust. 4 pkt 2) niniejszych o.w.u.
   14) **pracownik** – osoba fizyczna, zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub osoba przyjmowana do pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę;
   15) **raport stanu osobowego** – wykaz sporządzany przez Ubezpieczającego w przypadku zmiany liczby pracowników po zawarciu umowy ubezpieczenia, przesyłany przez Ubezpieczającego w terminach przewidzianych w § 3 ust. 10;
   16) **ryzyko zawodowe** – możliwość wystąpienia niepożądanych, związanych z wykonywaną pracą zdarzeń powodujących straty, w szczególności w postaci niekorzystnych skutków zdrowotnych będących wynikiem zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy lub związanych ze sposobem wykonywania pracy;
   17) **składka** – składka ubezpieczeniowa należna od Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej; wysokość i termin płatności składki ubezpieczeniowej są określone w polisie;
   18) **wypadek przy pracy** – zdarzenie, odpowiadające przesłankom określonym w art. 3. ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2002 r. nr 199, poz. 1673 z późn. zm,), które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony Allianz;
   19) **świadczenia medycyny pracy** – świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej, a także inne świadczenia z zakresu medycyny pracy na rzecz pracowników, do zapewnienia których Ubezpieczony zobowiązany jest na podstawie przepisów Kodeksu pracy, które wchodzą w zakres ochrony ubezpieczeniowej;
   20) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna posiadająca zdolność prawną, zobowiązana do opłacania składki ubezpieczeniowej;
   21) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna posiadająca zdolność prawną, będąca pracodawcą w rozumieniu Kodeksu pracy, zatrudniająca pracowników, zwana również pracodawcą;
   22) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana między Allianz a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych o.w.u.;
   23) **zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie decyzji przez Allianz o warunkach, na jakich przyjmie ono odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia, dokonane na podstawie złożonego wniosku o ubezpieczenie wraz z innymi wymaganymi dokumentami;
   24) **zakres ochrony ubezpieczeniowej** – zakres świadczeń medycyny pracy, których koszty pokrywa Allianz w ramach umowy ubezpieczenia, wskazany w § 2 ust. 4 niniejszych o.w.u.

§2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia objęte jest pokrywanie kosztów świadczeń medycyny pracy.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycyny pracy ponoszone przez Ubezpieczonego na podstawie przepisów Kodeksu pracy w zakresie przewidzianym umową ubezpieczenia. Zakres badań wykonywanych w ramach świadczeń medycyny pracy został wskazany w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u.
3. Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia pokrywa koszty świadczeń medycyny pracy, które wystąpiły w okresie ochrony. Świadczenia medycyny pracy są wykonywane w placówkach medycznych, wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz.
4. Na podstawie umowy ubezpieczenia, Allianz pokrywa koszty świadczeń medycyny pracy polegających na:
   1) przeprowadzaniu badań profilaktycznych dla pracowników;
   2) sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, niezbędnej z uwagi na warunki pracy, obejmującej przeprowadzenie badań w przypadkach wskazanych w pkt 3) b),c),f) i g) poniżej w zakresie wskazanym w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u., poza terminami wynikającymi z częstotliwości wykonywania badań okresowych i orzekanie o możliwości wykonywania dotychczasowej pracy; skierowanie na przeprowadzenie badania wydaje pracodawca po zgłoszeniu przez pracownika niemożności wykonywania dotychczasowej pracy,
   3) wydawaniu orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, w tym orzeczeń:
      a) o utracie przez pracownika zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy,
      b) o konieczności przeniesienia pracownika do innej pracy ze względu na stwierdzenie szkodliwego wpływu wykonywanej pracy na zdrowie pracownika,
      c) stwierdzających, że ze względu na stan ciąży kobieta nie powinna wykonywać pracy dotychczasowej,
      d) stwierdzających, że dana praca zagraża zdrowiu młodocianego,
      e) o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na określonym stanowisku,

f) stwierdzających u pracownika objawy wskazujące na powstawanie choroby zawodowej,
g) stwierdzających niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy u pracownika, który uległ wypadkowi przy pracy lub u którego stwierdzono chorobę zawodową, lecz nie zaliczono go do żadnej z grup inwalidów.

4) wykonywaniu badań profilaktycznych do celów sanitarno-epidemiologicznych;
5) ocenie zdolności do pracy w określonym zawodzie i na określonym stanowisku pracy, uwzględniającej stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy;
6) wydawaniu zaświadczeń i świadectw dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy o stanie zdrowia pracownika lub niezdolności do pracy;
7) wizytowaniu zakładu pracy przez lekarza medycyny pracy celem sprawdzenia prawidłowego zabezpieczenia warunków zdrowotnych stanowisk pracy;
8) uczestniczeniu lekarza medycyny pracy w zakładowej komisji bezpieczeństwa i higieny pracy powołanej na terenie zakładu pracy w trybie przewidzianym w Kodeksie pracy w przypadkach przewidzianych w Kodeksie pracy.

5. W celu uzyskania pokrycia kosztów świadczeń medycyny pracy wskazanych w ust. 4 pkt. 1) – 6) Ubezpieczony wystawia imienne skierowania na badanie w trybie obowiązujących przepisów prawa, na druku Allianz. Skierowanie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, powinno zawierać w szczególności:
   1) w przypadku badań profilaktycznych – określenie rodzaju badania profilaktycznego, jakie ma być wykonane (badanie wstępne, badanie okresowe, badanie kontrolne);
   2) w przypadku osób przyjmowanych do pracy lub pracowników przenoszonych na inne stanowiska pracy – określenie stanowiska pracy, na którym osoba podlegająca badaniu jest lub ma być zatrudniona. W tym przypadku pracodawca może wskazać w skierowaniu dwa lub więcej stanowisk pracy w kolejności odpowiadającej potrzebom zakładu pracy;
   3) w przypadku pracowników – określenie stanowiska pracy, na którym pracownik jest zatrudniony;
   4) informacje o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach pracy;
   5) w przypadku badań sanitarno-epidemiologicznych – wskazanie wykonywanych prac przez pracownika przy których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.
6. Po otrzymaniu skierowania od Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 5 powyżej, Ubezpieczony osobiście lub za pośrednictwem swojego pracownika powinien:
   1) skontaktować się z infolinią medyczną Allianz, której numer podany jest na druku skierowania;
   2) uzgodnić termin wykonania świadczeń medycyny pracy za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz;
   3) zadbać aby pracownik który otrzymał skierowanie na badania przybył do wskazanej jednostki medycyny pracy we wskazanym przez tą jednostkę lub Allianz terminie i przedstawił w jednostce służby medycyny pracy skierowanie na świadczenia medycyny pracy;
   4) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od jednostki służby medycyny pracy i operatora infolinii medycznej Allianz.
7. Kontaktując się z infolinią medyczną Allianz Ubezpieczony osobiście lub za pośrednictwem swojego pracownika zobowiązany jest przekazać operatorowi infolinii medycznej następujące informacje:
   1) nazwę, adres Ubezpieczonego, REGON i nr polisy;
   2) imię i nazwisko pracownika kierowanego na świadczenia medycyny pracy;
   3) datę urodzenia lub nr PESEL pracownika kierowanego na świadczenia medycyny pracy;
   4) numer telefonu kontaktowego pracownika kierowanego na świadczenia medycyny pracy lub numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
   5) stanowisko pracy pracownika kierowanego na świadczenia medycyny pracy;
   6) datę wystawienia skierowania;
   7) informacje zawarte na skierowaniu, w tym dotyczące czynników szkodliwych, badań i pomiarów czynników szkodliwych, warunków uciążliwych, sposobu wykonania pracy i inne niezbędne do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie niniejszych o.w.u.
8. Na podstawie skierowania, o którym w ust. 5 powyżej, lekarz medycyny pracy przeprowadza badanie lekarskie obejmujące:
   1) wywiad dotyczący stanu zdrowia – o przebytych chorobach, subiektywnych dolegliwościach i aktualnym leczeniu oraz wpływie warunków pracy na stan zdrowia;
   2) badanie fizykalne.
9. Lekarz przeprowadzający badania profilaktyczne może poszerzyć jego zakres o dodatkowe specjalistyczne badania konsultacyjne oraz badania dodatkowe stanowiące część badania profilaktycznego, a także wyznaczyć krótszy termin następnego badania niż to wynika z Kodeksu pracy, jeżeli stwierdzi, że jest to niezbędne dla prawidłowej oceny stanu zdrowia pracownika.
10. Oceny zagrożeń, o których mowa w ust. 7 pkt 7), lekarz dokonuje na podstawie przekazywanej przez pracodawcę informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, w tym również o aktualnych wynikach badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących na stanowiskach pracy.
11. W celu pokrycia przez Allianz kosztów świadczeń medycyny pracy opisanych w ust. 4 pkt 7) Ubezpieczony udostępnia zakład pracy do wizytacji na każde wezwanie lekarza medycyny pracy zgłoszone bezpośrednio z placówki medycznej lub Allianz.
12. W celu pokrycia przez Allianz kosztów świadczeń medycyny pracy opisanych w ust. 4 pkt 8) Ubezpieczony powiadamia Allianz lub bezpośrednio jednostkę służby medycyny pracy o spotkaniu z odpowiednim wyprzedzeniem.
13. Allianz nie pokrywa kosztów badań, których potrzeba wykonania nie wynika ze wskazań lekarza medycyny pracy lub nie jest wymagana przepisami Kodeksu pracy.
14. Zgodnie z Kodeksem Pracy i zakresem ubezpieczenia badaniom wstępnym nie podlegają:
   1) osoby przyjmowane ponownie do pracy u danego pracodawcy na to samo stanowisko lub na stanowisko o takich samych warunkach pracy, na podstawie kolejnej umowy o pracę zawartej w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniej umowy o pracę z tym pracodawcą;
   2) przyjmowane do pracy u innego pracodawcy na dane stanowisko w ciągu 30 dni po rozwiązaniu lub wygaśnięciu poprzedniego stosunku pracy, jeżeli przedstawią pracodawcy aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie, a pracodawca ten stwierdzi, że warunki te odpowiadają warunkom występującym na danym stanowisku pracy, z wyłączeniem osób przyjmowanych do wykonywania prac szczególnie niebezpiecznych.
15. Zapisy ust. 14 stosuje się odpowiednio w przypadku przyjmowania do pracy osoby pozostającej jednocześnie w stosunku pracy z innym pracodawcą.

§3 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku. Umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużane wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.
2. W razie przedłużenia umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia, z zachowaniem trybu określonego w ust. 1, umowa ta przedłużana jest na takich samych warunkach, jak umowa zawarta w poprzedzającym ją okresie rocznym, a dotychczas obowiązujące dokumenty, potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia pozostają w mocy, chyba że strony postanowią zmienić warunki umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana pod warunkiem, że pracodawca zatrudnia co najmniej 20 pracowników.
4. W przypadku pracodawców zatrudniających mniej niż 20 pracowników umowa ubezpieczenia może być zawarta na warunkach zaproponowanych przez Allianz i uzgodnionych z Ubezpieczającym.
5. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie pisemnego, poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego, złożonego Allianz najpóźniej na 10 dni kalendarzowych poprzedzających rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej na formularzach przygotowanych w tym celu przez Allianz. Ubezpieczający zobowiązany jest do prawidłowego i kompletnego wypełnienia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Dane podane we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia muszą być zgodne z danymi podanymi do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Ubezpieczający (lub pełnomocnik zawierający w jego imieniu umowę) zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane

sobie okoliczności, o które Allianz pytał przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również zobowiązany jest zgłaszać zmiany ww. okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu ich do wiadomości. W przypadku podania niezgodnych z prawdą okoliczności lub ich zatajenia Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem powyższych obowiązków nie zostały podane do jego wiadomości.

7. Na podstawie uzyskanych przez Allianz informacji dotyczących ryzyka zawodowego, Allianz po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania wskazane na formularzu Allianz, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
9. Dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia dla Ubezpieczającego jest wystawiona przez Allianz polisa.
10. W razie zmiany liczby pracowników po zawarciu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany pisemnie przekazać Allianz najpóźniej na 10 dni kalendarzowych przed upływem każdego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej raport stanu osobowego ze wskazaniem liczby pracowników zatrudnionych po sporządzeniu ostatniego raportu.
11. W razie braku informacji, o której mowa w ust. 10. przyjmuje się, że liczba pracowników nie uległa zmianie w stosunku do poprzedniego miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej.

§4 SKŁADKA

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę w wysokości odpowiadającej iloczynowi kwoty wskazanej w umowie ubezpieczenia i liczby pracowników zadeklarowanych przez Ubezpieczającego zgodnie z umową ubezpieczenia oraz z częstotliwością wskazaną w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być płatna za okresy miesięczne, kwartalne, za okres półroczny lub z góry za cały rok obowiązywania umowy.
3. Składkę ustala się w oparciu o ryzyko, które zależy od liczby pracowników zatrudnionych w danym miesiącu kalendarzowym przy uwzględnieniu ryzyka zawodowego wynikającego z: charakteru wykonywanej pracy, narażenia na czynniki szkodliwe, wieku oraz szacowanej rotacji pracowników.
4. Składka jest płatna z góry nie później niż na 10 dni kalendarzowych poprzedzających okres, za który jest należna.
5. Za dokonanie opłaty składki uważa się przekazanie Allianz, w terminie określonym w umowie ubezpieczenia, należnej kwoty składki ubezpieczeniowej lub jej raty, udokumentowanej w formie:
   1) kwitariusza wpłaty gotówkowej;
   2) potwierdzenia dokonania przelewu bankowego na właściwy rachunek bankowy Allianz;
   3) dowodu dokonania wpłaty za pomocą przekazu pocztowego na właściwy rachunek bankowy Allianz;
   4) kwitariusza wpłaty w razie płatności za pomocą karty płatniczej.
6. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na właściwy rachunek bankowy Allianz, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. Wysokość składki jest ustalana przez Allianz na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W razie zmiany składki w kolejnym roku Allianz poinformuje Ubezpieczającego o zmianie wysokości składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na dwa miesiące przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.
8. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od Allianz informacji o wysokości składki na następny roczny okres ubezpieczenia doręczy Allianz, najpóźniej na miesiąc przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia, pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Allianz zmianę wysokości składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1, chyba że strony postanowią inaczej.
9. Allianz, informując Ubezpieczającego o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, jednocześnie poda do wiadomości skutki niewyrażenia zgody na proponowaną zmianę, opisane w ust. 8.
10. Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 8 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:
    1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia;
    2) oraz na wysokość składki zaproponowaną przez Allianz, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.
11. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

§5 NIEOPŁACENIE SKŁADKI

1. Jeżeli kolejna rata składki nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie określonym w umowie ubezpieczenia, Allianz wezwie na piśmie Ubezpieczającego do zapłaty tej raty składki w terminie 7 dni od otrzymania wezwania. W przypadku zapłaty wymaganej raty składki w terminie określonym w wezwaniu, ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana. Brak zapłaty wymaganej raty składki w terminie określonym w wezwaniu spowoduje ustanie odpowiedzialności Allianz.
2. Składkę ubezpieczeniową uważa się za niezapłaconą zwłaszcza wtedy, gdy:
   1) wysokość składki przekazanej na właściwy rachunek bankowy Allianz jest niższa niż wysokość składki należnej do zapłaty na podstawie § 4 ust. 1 niniejszych o.w.u.,
   2) składka nie została zapłacona w terminie określonym w § 4 ust. 4 niniejszych o.w.u.

§6 ROZPOCZĘCIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I CZAS JEJ TRWANIA

1. Ochrona Allianz rozpoczyna się od daty wskazanej przez Allianz w polisie, zawsze od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, nie wcześniej jednak niż po spełnieniu, na 10. dni kalendarzowych poprzedzających miesiąc rozpoczęcia okresu ochrony ubezpieczeniowej, następujących warunków:
   1) akceptacji przez Allianz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
   2) zapłaty przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej w terminie określonym w § 4 ust. 4 niniejszych o.w.u w wysokości nie niższej niż ustalona na podstawie § 4 ust. 1 niniejszych o.w.u.
2. Ochrona Allianz wygasa niezależnie od innych postanowień o.w.u.:
   1) w dniu określonym w polisie jako koniec ochrony ubezpieczeniowej o ile nie przedłużono ochrony zgodnie z § 3 ust. 1 niniejszych o.w.u.;
   2) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia zgodnie z § 7 ust. 6 niniejszych o.w.u.
   3) z dniem rozwiązania umowy na skutek wypowiedzenia lub porozumienia stron.

§7 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje na skutek:
   1) nieopłacenia składki ubezpieczeniowej w terminie określonym w pisemnym wezwaniu skierowanym do Ubezpieczającego na warunkach określonych w niniejszych o.w.u.;
   2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 2.
2. Ubezpieczający w każdym czasie może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Allianz otrzymał oświadczenie o wypowiedzeniu.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki ubezpieczeniowej za okres wypowiedzenia.
4. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
5. Wysokość składki ubezpieczeniowej podlegającej zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku

zapłacenia składki za okres, w jakim Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
W razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości.

7. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe będzie po upływie 6 miesięcy, liczonych od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że Allianz postanowi inaczej.

§8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający jest zobowiązany w szczególności do:

1) przekazywania do wiadomości Allianz i jednostek służby medycyny pracy współpracujących z Allianz informacji o występowaniu czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz aktualnych wyników badań i pomiarów tych czynników;
2) zapewnienia Allianz lub jednostkom służby medycyny pracy możliwości przeglądu stanowisk pracy w celu dokonania oceny warunków pracy;
3) udostępnienia jednostkom służby medycyny pracy dokumentacji wyników kontroli warunków pracy, w części odnoszącej się do ochrony zdrowia pracowników;
4) informowania Allianz i jednostek służby medycyny pracy o okolicznościach i czynnikach mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie pracowników ze względu na warunki pracy;
5) niezwłocznego informowania Allianz o wszelkich zmianach liczby pracowników których koszty świadczeń medycyny pracy są pokrywane w ramach ochrony ubezpieczeniowej;
6) opłacania składki i przekazywania Allianz dokumentów niezbędnych do prawidłowej obsługi zawartej umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i warunków określonych w niniejszych o.w.u;
7) przestrzegania obowiązujących przepisów prawa dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.

§9 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u., potwierdzone odrębnym aneksem.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie. O dotrzymaniu określonych w niniejszych o.w.u. terminów decyduje data wpływu do Dyrekcji Generalnej Allianz lub właściwej jednostki organizacyjnej Allianz.
3. Ubezpieczający (Ubezpieczony) i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu.
4. Wszelkie roszczenia Allianz lub Ubezpieczającego (Ubezpieczonego) z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
5. Bieg przedawnienia roszczenia przerywa się przez zgłoszenie Allianz roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
6. Prawem właściwym dla umów ubezpieczenia zawieranych w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia pracodawcy – medycyna pracy jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych przepisów prawa polskiego.
7.
    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:
    na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
    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),
    elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl
    2. Na życzenie osoby, która składa reklamację, przekazujemy potwierdzenie jej złożenia. Forma potwierdzenia zależy od sposobu złożenia reklamacji.
    3. Reklamację rozpatruje nasz zarząd lub upoważnieni przez niego pracownicy – w ciągu 30 dni od jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają nam udzielenie odpowiedzi w tym okresie:
    wyjaśniamy osobie składającej reklamację, jaka jest przyczyna opóźnienia, wskazujemy okoliczności, które musimy ustalić, by rozpatrzyć sprawę, oraz określamy, jaki przewidujemy termin udzielenia odpowiedzi – nie może on jednak przekroczyć 60 dni od otrzymania reklamacji.
    4. Osoba, która składa reklamację, powinna podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jej identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL. Przyspieszy to rozpatrzenie reklamacji.
    5. O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadomimy osobę, która ją złożyła, na piśmie. Na wniosek osoby, która składa reklamację, udzielamy odpowiedzi pocztą elektroniczną.
    6. Osoba, która składa reklamację, może odwołać się od naszej decyzji. Jeśli nie uwzględnimy roszczeń tej osoby, może ona złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Rzecznik Finansowy prowadzi postępowanie w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich. Udział w takim postępowaniu jest dla nas obowiązkowy (szczegółowe informacje znajdują się na stronie: www.rf.gov.pl).
    7. Osoba fizyczna, która jest Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy, ma prawo wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego. Mówi o tym ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
    8. Konsument ma prawo zwrócić się także o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.
    9. Ubezpieczający, Ubezpieczony i inna osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia ma prawo złożyć pozew do właściwego sądu.
    10. Nasza działalność podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. Przy Komisji Nadzoru Finansowego działa Sąd Polubowny, uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, które wynikają ze stosunków umownych pomiędzy nami a odbiorcami usług, które świadczymy. Szczegółowe informacje są dostępne na stronie: www.knf.gov.pl.
8.
    1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
    2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

O.w.u. zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 4/2024 i będą miały zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków podpisywanych od 16 marca 2024 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1

ZAKRES BADAŃ WYKONYWANYCH W RAMACH ŚWIADCZEŃ MEDYCYNY PRACY

1. Wykaz badan lekarskich wykonywanych przez lekarzy medycyny pracy oraz innych lekarzy specjalistów na zlecenie lekarza medycyny pracy i wykonywanych w zależności od czynników szkodliwych na stanowisku pracy i wskazań medycznych:
   1) badanie lekarskie wstępne (przy przyjęciu do pracy) z wydaniem orzeczenia w zakresie zdolności do pracy;
   2) badanie lekarskie okresowe z wydaniem orzeczenia w zakresie zdolności do pracy;
   3) badanie lekarskie kontrolne z wydaniem orzeczenia w zakresie zdolności do pracy;
   4) badanie lekarskie przy zmianie stanowiska pracy z wydaniem orzeczenia w zakresie zdolności do pracy;
   5) konsultacja okulistyczna z:
      a) badaniem pola widzenia,
      b) komputerowym badaniem ostrości wzroku z doborem szkieł korekcyjnych,
   6) konsultacja laryngologiczna;
   7) konsultacja dermatologiczna;
   8) konsultacja neurologiczna;
   9) konsultacja psychologiczna;
   10) konsultacje ortopedyczna;
   11) konsultacja kardiologiczna;
   12) konsultacja ginekologiczna;
   13) konsultacja chirurgiczna;
   14) inne konsultacje specjalistyczne w zależności od zaleceń lekarza medycyny pracy;
   15) badania psychotechniczne dla kierowców w zależności od kategorii;
   16) badania psychotechniczne dla operatorów wózków widłowych;
   17) badania psychotechniczne dla osób pracujących na wysokości;
   18) badania do celów sanitarno-epidemiologicznych niezbędnych do wpisu lub uaktualnienia pracowniczej książeczki zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych;
   19) badanie sanitarne osób wykonujących prace w procesie produkcji i obrocie żywnością;
   20) badanie sanitarne osób zatrudnionych na stanowiskach, na których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.
2. Wykaz podstawowych badań diagnostycznych zlecanych przez lekarza medycyny pracy i wykonywanych w zależności od czynników szkodliwych na stanowisku pracy i wskazań medycznych:
   1) badanie spoczynkowe EKG;
   2) echo serca;
   3) próba wysiłkowa;
   4) badanie audiometryczne;
   5) badanie spirometryczne;
   6) badania rtg;
   7) badania usg;
   8) badanie EEG.
3. Wykaz podstawowych badan laboratoryjnych zlecanych przez lekarza medycyny pracy i wykonywanych w zależności od czynników szkodliwych na stanowisku pracy i wskazań medycznych:
   1) morfologia krwi z rozmazem;
   2) odczyn Biernackiego (OB);
   3) cholesterol całkowity;
   4) HDL cholesterol;
   5) LDL cholesterol;
   6) TG-trójglicerydy;
   7) sód i potas;
   8) badania bakteriologiczne;
   9) badania mykologiczne;
   10) badanie ogólne moczu;
   11) badanie ogólne kału na pasożyty;
   12) aminotransferaza alaninowa (ALAT/ALT/GPT);
   13) aminotransferaza asparaginowa (ASPAT/AST/GOT);
   14) amylaza;
   15) białko;
   16) bilirubina całkowita;
   17) bilirubina bezpośrednia;
   18) bilirubina pośrednia;
   19) białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram);
   20) białko C-reaktywne (CRP);
   21) chlorki;
   22) cholesterol całkowity – TC;
   23) cholesterol HDL;
   24) cholesterol LDL;
   25) czas kaolinowo – kefalinowy (APTT);
   26) czas krwawienia i krzepnięcia;
   27) czas trombinowy (TT);
   28) czas protrombinowy (PT, wskaźnik INR);
   29) czynnik reumatoidalny – RF;
   30) d-dimer - produkty degradacji fibryny (FDP);
   31) fosfor (P);
   32) gamma-glutamylo-traspeptydaza (GGTP);
   33) glukoza na czczo;
   34) kinaza kreatynowa (CK-NAC, CPK);
   35) kinaza fosfokreatynowa – izomery (CKMB);
   36) kreatynina;
   37) kreatyniny klirens;
   38) kwas moczowy;
   39) lipidogram (TC, HDL, LDL, TRG/TG);
   40) mocznik;
   41) magnez (Mg);
   42) odczyn Wassermanna (WR/USR);
   43) odczyn Waaler-Rose'ego;
   44) próby wątrobowe (ALAT/ALT/GPT, ASPAT/AST/GOT);
   45) sód (Na) i potas (K);
   46) trójglicerydy (TRG/TG);
   47) wapń całkowity;
   48) żelazo (Fe);
   49) żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC).

Notatki

Notatki

TUiR Allianz Polska S.A.
ul. Inflancka 4B
00-189 Warszawa

Zadzwoń do Twojego agenta

Infolinia: 224 224 224*
www.allianz.pl

*Opłata zgodna z taryfą danego operatora

GZPMP-O01 01/24