Allianz

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Allianz Opieka Zdrowotna

Indeks AOZ03

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

SPIS TREŚCI

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA (INDEKS AOZ 03) 11
CZĘŚĆ I. Podstawowe informacje o ubezpieczeniu, pojęcia i zakres ochrony 11
§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument i jakie znaczenie mają podstawowe pojęcia? 11
§ 2. W jakim zakresie chroni ubezpieczenie Allianz Opieka Zdrowotna? 14
§ 3. W jakich przypadkach odpowiedzialność Allianz Życie jest ograniczona? 14
CZĘŚĆ II. Umowa ubezpieczenia, jak ją zawrzeć i rozwiązać 16
§ 4. Na jaki czas zawierana jest Umowa ubezpieczenia i w jaki sposób ulega przedłużeniu? 16
§ 5. Kto może być objęty ochroną i w jakiej formie? 16
§ 6. W jaki sposób zawierana jest Umowa ubezpieczenia? 16
§ 7. Kiedy i w jaki sposób Umowa ubezpieczenia ulega zmianie? 17
§ 8. Kiedy można zmienić Wariant ubezpieczenia i formę ubezpieczenia? 17
§ 9. Kiedy można odstąpić od Umowy ubezpieczenia? 18
§ 10. Kiedy Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu? 18
CZĘŚĆ III. Składka ubezpieczeniowa 18
§ 11. Jakie są zasady opłacania składki? 18
§ 12. Na jaki okres ustalana jest Składka i kiedy może ulec zmianie? 18
§ 13. Jakie są konsekwencje nieopłacenia Składki? 19
CZĘŚĆ IV. Ochrona ubezpieczeniowa 19
§ 14. Kiedy rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa i jaki jest czas jej trwania? 19
§ 15. Jakie są zasady objęcia ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia? 20
§ 16. Kiedy mogę wyłączyć z ochrony osoby Ubezpieczone? 20
CZĘŚĆ V. Postępowanie na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego 20
§ 17. Jak Allianz Życie organizuje Świadczenia zdrowotne, Świadczenia rehabilitacyjne, Świadczenia stomatologii bezgotówkowej dla Ubezpieczonych? 20
§ 18. Kiedy i w jaki sposób Allianz Życie zwraca Ubezpieczonemu koszty Świadczeń zdrowotnych? 21
§ 19. Komu wypłacimy świadczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego? 22
§ 20. Odprawa pośmiertna 22
§ 21. Na jakiej podstawie Allianz Życie wypłaci świadczenie? 22
CZĘŚĆ VI. Umowy dodatkowe 23
§ 22. O jakie Umowy dodatkowe można rozszerzyć zakres Umowy ubezpieczenia? 23
CZĘŚĆ VII. Prawa i obowiązki stron 38
§ 23. Jakie są prawa i obowiązki Ubezpieczającego? 38
§ 24. Jakie są prawa i obowiązki Allianz Życie? 38
§ 25. Jakie są prawa Ubezpieczonego? 38
CZĘŚĆ VIII. Reklamacje i postanowienia końcowe 38
§ 26. Jak postępować w przypadku składania reklamacji? 38
§ 27. Postanowienia końcowe 39

Załącznik nr 1 – Katalog Świadczeń zdrowotnych 40
Załącznik nr 2 – Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji 63
Załącznik nr 3 – Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej 64
Załącznik nr 4 – Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej – 30/70 66
Załącznik nr 5 – Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej – 50/50 67
Załącznik nr 6 – Katalog zabiegów Chirurgii jednego dnia obowiązujących dla Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu chirurgii jednego dnia 68
Załącznik nr 7 – Kategorie trudności Zabiegów operacyjnych obowiązujące dla Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia operacyjnego Ubezpieczonego 71
Załącznik nr 8 A) – Katalog poważnych zachorowań – choroby układu krążenia 73
Załącznik nr 8 B) – Katalog poważnych zachorowań – nowotwory, choroby układu nerwowego 75
Załącznik nr 8 C) – Katalog poważnych zachorowań – zakażenia 77
Załącznik nr 8 D) – Katalog poważnych zachorowań – niewydolność lub znaczne upośledzenie funkcjonowania narządu 80
Załącznik nr 9 – Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą 84
Załącznik nr 10 – Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego 87
Załącznik nr 10 A) – Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego Rodzica 91
Załącznik nr 10 B) – Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców 95
Załącznik nr A – Wykaz Sprzętu rehabilitacyjnego 99

ZAŁĄCZNIK O OPODATKOWANIU ŚWIADCZEŃ DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE 101

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA (INDEKS AOZ 03)

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	**Zakres podstawowy** − §2 ust. 1 i 3 − §17 ust. 1 - 6 − §18 ust. 1 i ust. 3 - 5 − §20 − §21 ust. 1, ust. 3 i ust. 9 - 11 − załącznik nr 1do o.w.u. – „Katalog Świadczeń zdrowotnych” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia zwrotu kosztów zakupu leków po leczeniu w szpitalu:** − §2 ust. 3 − §22 ust. 1 pkt. 1) - 5) i pkt. 7) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji:** − §2 ust. 3 − §22 ust. 2 pkt. 1) - 3) i pkt. 5) − załącznik nr 2 do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej:** − §2 ust. 3 − §22 ust. 3 pkt. 1) - 5) − załącznik nr 3 do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2.

GZAOZ-O02 3/26

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej – 30/70: − §2 ust. 3 − §22 ust. 4 pkt. 1) - 3) i 5) − załącznik nr 4 do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej – 30/70” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej – 50/50:** − §2 ust. 3 − §22 ust. 5 pkt. 1) - 3) i 5) − załącznik nr 5 do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej – 50/50” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu chirurgii jednego dnia:** − §2 ust. 3 − §22 ust. 6 pkt. 1) - 4), 6) i 9) − załącznik nr 6 do o.w.u. – „Katalog zabiegów Chirurgii jednego dnia obowiązujących dla Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu chirurgii jednego dnia” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia operacyjnego Ubezpieczonego:** − §2 ust.3 − §22 ust. 7 pkt. 1) - 5) i 9) − załącznik nr 7 do o.w.u. – „Kategorie trudności zabiegów operacyjnych obowiązujące dla Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia operacyjnego Ubezpieczonego” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie Wypadku lub Choroby:** − §2 ust.3 − §22 ust. 8 pkt. 1) - 5) i 9) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego: − §2 ust. 3 − §22 ust. 9 pkt. 1) - 4) i 8) - 11) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia rekonwalescencji lub pobytu Ubezpieczonego w sanatorium:** − §2 ust.3 − §22 ust. 10 pkt. 1) - 5) i 7) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby układu krążenia:** − §2 ust. 3 − §22 ust. 11 pkt. 1) - 3) i 7) - 11) − Poważne zachorowania zdefiniowane pod literą A w załączniku nr 8A) do o.w.u. – „Katalog poważnych zachorowań – choroby układu krążenia” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby nowotworowe i układu nerwowego:** − §2 ust.3 − §22 ust. 12 pkt. 1) - 3) i 7) - 11) − Poważne zachorowania zdefiniowane pod literą A w załączniku nr 8B) do o.w.u. – „Katalog poważnych zachorowań – choroby nowotworowe i układu nerwowego” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – zakażenia:** − §2 ust.3 − §22 ust. 13 pkt. 1) - 3) i 7) - 11) − Poważne zachorowania zdefiniowane pod literą A w załączniku nr 8C) do o.w.u. – „Katalog poważnych zachorowań – zakażenia” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – niewydolność lub znaczne upośledzenie funkcjonowania narządu: − §2 ust.3 − §22 ust. 14 pkt. 1) - 3) i 7) - 11) − Poważne zachorowania zdefiniowane pod literą A w załączniku nr 8D) do o.w.u. – „Katalog poważnych zachorowań – niewydolność lub znaczne upośledzenie funkcjonowania narządu” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą:** − §2 ust.3 − §22 ust. 15 pkt. 1) - 3), 10) - 11) i 14) - 16) − załącznik nr 9 do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą” − załącznik nr A do o.w.u. „Wykaz Sprzętu rehabilitacyjnego” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego:** − §2 ust.3 − §22 ust. 16 pkt. 1) - 3) i 5) - 8) − załącznik nr 10 do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego” − załącznik nr A do o.w.u. „Wykaz Sprzętu rehabilitacyjnego” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego Rodzica:** − §2 ust.3 − §22 ust. 17 pkt. 1) - 3) i 5) - 8) − załącznik nr 10A do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego Rodzica” − załącznik nr A do o.w.u. „Wykaz Sprzętu rehabilitacyjnego” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	Umowa dodatkowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców: − §2 ust. 3 - 4 − §22 ust. 18 pkt. 1) - 4) i 6) - 9) − Załącznik nr 10B do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonego” − załącznik nr A do o.w.u. „Wykaz Sprzętu rehabilitacyjnego” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	**Zakres podstawowy** − §3 ust. 1 - 2 i 5 − §17 ust. 7 − §18 ust. 2 i ust. 9 - 12 − §19 ust. 7 − cennik refundacyjny wskazany w tabeli znajdującej się w załączniku nr 1do o.w.u. – „Katalog Świadczeń zdrowotnych” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia zwrotu kosztów zakupu leków po leczeniu w szpitalu:** − §3 ust. 3 - 4 − §22 ust. 1 pkt. 6) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji:** − §22 ust. 2 pkt. 4), 6) - 8) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej:** − §22 ust. 3 pkt. 6) - 8) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej – 30/70:** − §22 ust. 4 pkt. 4) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej – 50/50: − §22 ust. 5 pkt. 4) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu chirurgii jednego dnia:** − §3 ust. 3 - 4 − §22 ust. 6 pkt. 5) i 7) - 8) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia operacyjnego Ubezpieczonego:** − §3 ust. 3 - 4 − §15 ust. 3 - 4 i ust. 6 − §22 ust. 7 pkt. 6) - 8) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie Wypadku lub Choroby:** − §3 ust. 3 - 4 − §22 ust. 8 pkt. 6) - 8) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego:** − §3 ust. 3 - 4 − §15 ust. 3 - 4 i ust. 6 − §22 ust. 9 pkt. 5) - 7) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia rekonwalescencji lub pobytu Ubezpieczonego w sanatorium:** − §3 ust. 3 - 4 − §22 ust. 10 pkt. 6) z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby układu krążenia: − §3 ust. 3 - 4 − §15 ust. 3 - 4 i ust. 6 − §22 ust. 11 pkt. 4) - 6) − ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności zdefiniowane pod literą B w załączniku nr 8A) do o.w.u.– „Katalog poważnych zachorowań – choroby układu krążenia” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby nowotworowe i układu nerwowego:** − §3 ust. 3 - 4 − §15 ust. 3 - 4 i ust. 6 − §22 ust. 12 pkt. 4) - 6) − ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności zdefiniowane pod literą B w załączniku nr 8B) do o.w.u. – „Katalog poważnych zachorowań – choroby nowotworowe i układu nerwowego” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – zakażenia:** − §3 ust. 3 - 4 − §15 ust. 3 - 4 i ust. 6 − §22 ust. 13 pkt. 4) - 6) − ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności zdefiniowane pod literą B w załączniku nr 8C) do o.w.u. – „Katalog poważnych zachorowań – zakażenia” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – niewydolność lub znaczne upośledzenie funkcjonowania narządu:** − §3 ust. 3 - 4 − §15 ust. 3 - 4 i ust. 6 − §22 ust. 14 pkt. 4) - 6) − ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności zdefiniowane pod literą B w załączniku nr 8D) do o.w.u.– „Katalog poważnych zachorowań – niewydolność lub znaczne upośledzenie funkcjonowania narządu” z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	Umowa dodatkowa ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą: − §3 ust. 3 (z zastrzeżeniem zapisów, o których mowa w rozdziale I, pkt 5 załącznika nr 9 do niniejszych o.w.u.) w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem) − §3 ust. 4 (z zastrzeżeniem zapisów, o których mowa w rozdziale I, pkt 5 załącznika nr 9 do niniejszych o.w.u.) w odniesieniu do zdarzeń będących Następstwem nagłego zachorowania. − §22 ust. 15 pkt. 2), pkt. 4) - 9) i pkt 12) - 13) − wysokości limitów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w tabeli znajdującej się w Załączniku nr 9 do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach klauzuli dodatkowej ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą", oraz przypisy nr 1) - 4) zamieszczone bezpośrednio pod ww. tabelą, a także wyłączenia terytoriów państw zamieszczone w pkt.I.5 ww. tabeli z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego:** − §22 ust. 16 pkt. 4) i pkt 9) - 10) − wysokości limitów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w Załączniku nr 10 do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego" oraz zapisy zamieszczone pomiędzy pkt 7 ppkt b), a pkt 7 ppkt c) w rozdziale I ww. Załącznika z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego Rodzica:** − §22 ust. 17 pkt. 4) i pkt 9) - 10) − wysokości limitów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w Załączniku nr 10A do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego Rodzica" z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców:** − §22 ust. 18 pkt. 5) i pkt 10) - 11) − wysokości limitów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w Załączniku nr 10B do o.w.u. – „Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców" z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej Umowy dodatkowej, znajdujących się w §1 ust. 2.

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA (INDEKS AOZ 03)

Zależy nam na Twojej wygodzie i zadowoleniu z naszego ubezpieczenia, dlatego postanowiliśmy ułatwić Ci zrozumienie tekstu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia poprzez wprowadzenie w ramkach dodatkowych komentarzy, w których będziemy zwracać się bezpośrednio do Ciebie – czyli Klienta naszej firmy. Pamiętaj, że nasze komentarze nie mają charakteru wiążącego, gdyż nie są one integralną częścią Umowy ubezpieczenia. Pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i nie zastępują pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

CZĘŚĆ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU, POJĘCIA I ZAKRES OCHRONY

Dowiedz się, jakie są podstawowe określenia stosowane w Umowie ubezpieczenia, jaki zakres ochrony przysługuje Ubezpieczonym, oraz w jakich sytuacjach odpowiedzialność Allianz Życie jest ograniczona.

§ 1. CZEGO DOTYCZY NINIEJSZY DOKUMENT I JAKIE ZNACZENIE MAJĄ PODSTAWOWE POJĘCIA?

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (o.w.u.) stosuje się w umowach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna zwane dalej Allianz Życie, z Ubezpieczającymi na rzecz Ubezpieczonych.
2. Użyte w niniejszych o.w.u., w polisie oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia określenia oznaczają:
   1) **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;
   2) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
   3) **Choroba przewlekła** – choroba charakteryzująca się powolnym rozwojem lub długookresowym przebiegiem, jeśli:
      a) zdiagnozowano ją przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia lub
      b) z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia;
   4) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w aktach przemocy** – czynne i niezgodne z prawem skierowanie przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona;
   5) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach** – czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu bądź działalność Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek;
   6) **Czynny udział Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – czynny udział Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) toczących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi;
   7) C**zynności życia codziennego:**
      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 zadowalającej 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;
   8) **Data początku ubezpieczenia** – dzień wskazany w polisie wystawionej na podstawie niniejszych o.w.u., w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Allianz Życie na podstawie Umowy ubezpieczenia;
   9) **Data przystąpienia do ubezpieczenia** – data wskazana w dokumencie certyfikatu uczestnictwa jako data rozpoczęcia ochrony świadczonej przez Allianz Życie w stosunku do Ubezpieczonego;
   10) **Działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
      a) stężenia we krwi od 0,2 promila alkoholu lub
      b) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm^3;
   11) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpieczonego lub jego Współmałżonka albo jego Partnera;
   12) **Dzień roboczy** – dzień od poniedziałku do piątku włącznie z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
   13) **EWKA** – system Elektronicznej Weryfikacji Klientów Allianz za pośrednictwem, którego Placówki medyczne mają możliwość weryfikacji dostępnych Ubezpieczonemu w danej Placówce medycznej:
      – Świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u.;
      – świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej wymienionych w złączniku nr 2 do niniejszych o.w.u.;
      – świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej wymienionych w załączniku nr 3 do niniejszych o.w.u.,

      należnych Ubezpieczonemu w ramach Umowy ubezpieczenia; w Placówkach medycznych posiadających system EWKA Ubezpieczeni mogą samodzielnie umawiać należne w ramach Umowy ubezpieczenia świadczenia, o których mowa w zdaniu pierwszym; wykaz Placówek medycznych posiadających system EWKA dostępny jest na stronie www. zdrowotne.allianz.pl lub za pośrednictwem Infolinii medycznej;
   14) **Główny Ubezpieczony** – Ubezpieczony, będący Pracownikiem:
      a) przystępujący do Umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego lub
      b) przystępujący do Umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Partnerskiego albo Pakietu Rodzinnego i wskazujący Ubezpieczającemu osoby do objęcia ochroną w ramach tych pakietów lub Pakietu Indywidualnego Rodzic, reprezentujący je w okresie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczającego oraz Allianz Życie;
   15) **Infolinia medyczna** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, dzięki której

GZAOZ-O02 03/26

Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin Świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u. oraz świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej wymienionych w załączniku nr 2 do niniejszych o.w.u. i z Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej wymienionych w załączniku nr 3 do niniejszych o.w.u.; Infolinia medyczna zwana jest również Centrum Świadczeń Medycznych; zmiana numeru Infolinii medycznej nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia;

16) **Konsultacja dostępna w ramach Wariantu ubezpieczenia** – konsultacja przeprowadzona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej, o których mowa załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u. w rozdziale IV obejmująca: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, wystawienie recept, zlecenie Konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych oraz monitorowanie leczenia; konsultacje będą udzielane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów wskazanych przez Placówkę medyczną do udzielania Świadczeń zdrowotnych należnych w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego Wariantu ubezpieczenia, bez konieczności posiadania Skierowania lekarskiego, w godzinach pracy Placówek medycznych, oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy Placówek medycznych; Konsultacja dostępna w ramach Wariantu ubezpieczenia nie obejmuje Konsultacji profesorskiej i Konsultacji profesorskiej przebiegu leczenia;
17) **Karencja** – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Allianz Życie z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umów dodatkowych, przez okres w nich wskazany;
18) **Konsultacja profesorska** – konsultacja lekarza posiadającego tytuł lub stopień naukowy: doktor habilitowany, profesor, docent; udzielana w ramach specjalizacji lekarskiej dostępnej w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego Wariantu ubezpieczenia, bez konieczności posiadania Skierowania lekarskiego;
19) **Konsultacja profesorska przebiegu leczenia** – konsultacja lekarza posiadającego tytuł lub stopień naukowy: doktor habilitowany, profesor, docent; udzielana w ramach specjalizacji lekarskiej dostępnej w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego Wariantu ubezpieczenia na podstawie Skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia specjalistę dostępnego w ramach posiadanego Wariantu ubezpieczenia; dalszy proces leczenia odbywa się przez lekarza prowadzącego;
20) **Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne** – zabiegi wykonywane na podstawie Skierowania lekarskiego podczas Leczenia ambulatoryjnego w gabinecie lekarskim lub zabiegowym; Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne mogą być wykonywane zarówno przez lekarza, jak i pielęgniarkę podczas lub po konsultacji lekarskiej; zakres ubezpieczenia obejmuje koszt znieczulenia powierzchniowego; zakres zabiegów ambulatoryjnych jest uwarunkowany dostępnością w danej Placówce medycznej;
21) **Leczenie ambulatoryjne** – leczenie bez przyjęcia do szpitala oraz leczenie, które nie jest realizowane w oddziale ratunkowym, na ostrym dyżurze, izbie przyjęć szpitala, salonie optycznym;
22) **Lekarz centrum operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum operacyjnego;
23) **Lekarz uprawniony** – lekarz wskazany przez Allianz Życie i upoważniony do występowania wobec lekarzy i placówek służby zdrowia z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, do weryfikacji stanu zdrowia tej osoby na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania badań lekarskich i przygotowywania opinii lekarskich;
24) **Pakiet Indywidualny** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony;
25) **Pakiet indywidualny Rodzic** – forma indywidualna ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Rodzic Głównego Ubezpieczonego o ile Pracownik przystąpił do Umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego albo Rodzic Głównego Ubezpieczonego lub Rodzic Współmałżonka albo Rodzic Partnera o ile Pracownik przystąpił do Umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Partnerskiego albo Pakietu Rodzinnego wraz z Partnerem albo Współmałżonkiem; osoby wymienione w zdaniu pierwszym po objęciu ochroną w ramach Pakietu indywidualnego Rodzic stają się Ubezpieczonymi Rodzicami;
26) **Pakiet Partnerski** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony i jego jedno Dziecko lub Główny Ubezpieczony i jego Współmałżonek albo Partner; osoby wymienione w zdaniu pierwszym po objęciu ochroną w ramach Pakietu Partnerskiego stają się Ubezpieczonymi;
27) **Pakiet Rodzinny** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony, jego Współmałżonek albo Partner, ich Dzieci własne lub przysposobione; dopuszcza się objęcie ochroną ubezpieczeniową Głównego Ubezpieczonego wraz z Dzieckiem/Dziećmi jak i Głównego Ubezpieczonego wraz ze Współmałżonkiem albo Partnerem; osoby wymienione w zdaniu pierwszym po objęciu ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego stają się Ubezpieczonymi;
28) **Partner** – osoba pozostająca z Głównym Ubezpieczonym w związku nieformalnym, która nie jest spokrewniona z Głównym Ubezpieczonym w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej z Głównym Ubezpieczonym, która jednocześnie prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe;
29) P**lacówka medyczna poza Siecią** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego niewspółpracująca z Allianz Życie w zakresie udzielania Świadczeń zdrowotnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczpospolitej Polskiej w trybie Leczenia ambulatoryjnego;
30) **Porada recepturowa** – świadczenie bez przeprowadzenia konsultacji lekarskiej, polegające na wypisaniu recepty przez lekarza dostępnego w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego Wariantu ubezpieczenia, na leki stosowane w leczeniu choroby przewlekłej lub wynikające z kontynuacji leczenia danego Ubezpieczonego; Porada recepturowa przysługuje za zgodą Placówki medycznej lub zgodą Placówki medycznej poza Siecią realizującej usługę w sytuacji niezmiennego samopoczucia Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem konieczności przeprowadzenia konsultacji lekarskiej na wniosek lekarza z Placówki medycznej lub Placówki Medycznej poza Siecią, pod opieką której znajduje się Ubezpieczony; podstawą wystawienia recept na leki refundowane jest okazanie na prośbę lekarza uprawnionego do wystawiania takich recept, dokumentów potwierdzających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
31) **Pracownik** – osoba fizyczna, która jest:
    a) zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Ubezpieczającego lub
    b) wspólnikiem Ubezpieczającego lub
    c) członkiem Zarządu Ubezpieczającego lub innych organów zarządzających Ubezpieczającego, określonych w umowie spółki lub statucie Ubezpieczającego lub
    d) związana z Ubezpieczającym w inny sposób, zdaniem Allianz Życie, uzasadniający możliwość objęcia ochroną na zasadach określonych w niniejszych o.w.u.;
32) **Przedstawiciel ustawowy** – osoba, której umocowanie do działania w imieniu osoby niemającej zdolności do czynności prawnych lub mającej ograniczoną zdolność do czynności prawnych, wynika z przepisów prawa;
33) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego:
    a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia w postaci upadków;
    b) energii termicznej lub elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
    c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruć;
    d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych;

    jednocześnie zastrzega się, iż stres i przeżycia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego nie są przyczyną zewnętrzną według o.w.u.;
34) **Przysposobienie** – powstanie takiego stosunku pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym, jak między rodzicami a dziećmi (w tym przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic Dziecka);
35) **Rabat** – 10% zniżka od aktualnej ceny obowiązującej w Placówce medycznej wskazanej za pośrednictwem Infolinii

medycznej dla Świadczenia zdrowotnego; Świadczenia zdrowotne oznaczone Rabatem nie podlegają refundacji;

36) **Rocznica polisy** – każda rocznica Daty początku ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego, jeżeli tego dnia nie ma w danym roku, uważa się dzień 28 lutego;
37) **Rodzic Głównego Ubezpieczonego** – Ojciec Głównego Ubezpieczonego lub Matka Głównego Ubezpieczonego, lub ojczym Głównego Ubezpieczonego (tj. osoba, z którą Matka Głównego Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci Ojca Głównego Ubezpieczonego lub osoba niebędąca Ojcem Głównego Ubezpieczonego, która pozostawała w związku małżeńskim z Matką Głównego Ubezpieczonego w chwili jej śmierci), lub macocha Głównego Ubezpieczonego (tj. osoba, z którą Ojciec Głównego Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci Matki Głównego Ubezpieczonego lub osoba niebędąca Matką Głównego Ubezpieczonego, która pozostawała w związku małżeńskim z Ojcem Głównego Ubezpieczonego w chwili jego śmierci); Rodzic Głównego Ubezpieczonego po objęciu ochroną ubezpieczeniową w formie Pakietu Indywidualnego Rodzic staje się Ubezpieczonym Rodzicem; w przypadku objęcia ochroną w ramach Umowy dodatkowej świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców staje się Współubezpieczonym;
38) **Rodzic Współmałżonka** – Ojciec Współmałżonka lub Matka Współmałżonka, lub ojczym Współmałżonka (tj. osoba, z którą Matka Współmałżonka pozostaje w związku małżeńskim po śmierci Ojca Współmałżonka lub osoba niebędąca Ojcem Współmałżonka, która pozostawała w związku małżeńskim z Matką Współmałżonka w chwili jej śmierci), lub macocha Współmałżonka (tj. osoba, z którą Ojciec Współmałżonka pozostaje w związku małżeńskim po śmierci Matki Współmałżonka lub osoba niebędąca Matką Współmałżonka, która pozostawała w związku małżeńskim z Ojcem Współmałżonka w chwili jego śmierci); Rodzic Współmałżonka po objęciu ochroną w formie Pakietu Indywidualnego Rodzic staje się Ubezpieczonym Rodzicem; w przypadku objęcia ochroną w ramach Umowy dodatkowej świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców staje się Współubezpieczonym pod warunkiem, że Współmałżonek objęty jest ochroną ubezpieczeniową w formie Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego;
39) **Rodzic Partnera** – Ojciec Partnera lub Matka Partnera, lub ojczym Partnera (tj. osoba, z którą Matka Partnera pozostaje w związku małżeńskim po śmierci Ojca Partnera lub osoba niebędąca Ojcem Partnera, która pozostawała w związku małżeńskim z Matką Partnera w chwili jej śmierci), lub macocha Partnera (tj. osoba, z którą Ojciec Partnera pozostaje w związku małżeńskim po śmierci Matki Partnera lub osoba niebędąca Matką Partnera, która pozostawała w związku małżeńskim z Ojcem Partnera w chwili jego śmierci); Rodzic Partnera po objęciu ochroną ubezpieczeniową w formie Pakietu Rodzic staje się Ubezpieczonym Rodzicem; w przypadku objęcia ochroną w ramach Umowy dodatkowej świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodzica staje się Współubezpieczonym pod warunkiem, że Partner objęty jest ochroną ubezpieczeniową w formie Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego;
40) **Sieć placówek medycznych (zwana również „Siecią")** – wskazana przez Allianz Życie Sieć placówek medycznych składająca się z podmiotów współpracujących z Allianz Życie, wykonujących działalność leczniczą na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (zwanych „Placówkami medycznymi"), w których Ubezpieczony może uzyskać Świadczenia zdrowotne wymienione w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u. oraz świadczenia wynikające z Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej i z Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej; informacja o należnych danemu Ubezpieczonemu Placówkach medycznych dostępnych w ramach Sieci i zakresie udzielanych tam Świadczeń zdrowotnych dostępna jest pod numerem Infolinii medycznej; wykaz Placówek medycznych dostępnych w ramach Sieci udostępniany jest na stronie www.allianz.pl; zmiany udostępnianych w ten sposób Placówek medycznych mogą być spowodowane z następujących ważnych powodów:
    a) rozszerzenia liczby Placówek medycznych,
    b) rozwiązania umowy przez Placówkę medyczną,
    c) wykreślenia Placówki medycznej z właściwego rejestru w całości lub części,
    d) ogłoszenia likwidacji/upadłości Placówki medycznej,
    e) zmiany warunków Umowy ubezpieczenia;
41) **Skierowanie lekarskie** – dokument, wystawiony przez lekarza, uprawniający danego Ubezpieczonego do:
    – realizacji Świadczeń zdrowotnych, wymagających zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszych o.w.u. Skierowania lekarskiego,
    – realizacji Świadczeń rehabilitacyjnych, wymagających zgodnie z §22 ust. 2 pkt 6 litera a) Skierowania lekarskiego;
42) **Składka** – składka ubezpieczeniowa w wysokości ustalonej w Umowie ubezpieczenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia;
43) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; wykaz sprzętu rehabilitacyjnego stanowi Załącznik nr A do niniejszych o.w.u.;
44) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie wartość będąca podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia, wypłacanego w razie zajścia zdarzenia określonego Umową ubezpieczenia;
45) **Świadczenia zdrowotne** – świadczenia udzielane podczas Leczenia ambulatoryjnego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz Życie w odniesieniu do Ubezpieczonego, określone w Załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u. dla odpowiedniego Wariantu ubezpieczenia, uzasadnione Chorobą lub niezbędną z medycznego punktu widzenia potrzebą jej zapobiegania lub Wypadkiem, lub stanem ciąży;
46) **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;
47) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła Umowę ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonych;
48) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na której rachunek Ubezpieczający zawarł Umowę ubezpieczenia, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
49) **Ubezpieczony Rodzic** – Rodzic Głównego Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka, Rodzic Partnera na rachunek którego Ubezpieczający zawarł Umowę ubezpieczenia, którego życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia; ilekroć w niniejszych o.w.u. i Umowach dodatkowych użyto terminu Ubezpieczony oznacza to, że dane postanowienia stosuje się zarówno do Ubezpieczonego jak i do Ubezpieczonego Rodzica;
50) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana na podstawie niniejszych o.w.u.;
51) **Umowa dodatkowa** – część Umowy ubezpieczenia, rozszerzająca zakres ochrony udzielanej przez Allianz Życie o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe;
52) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
53) **Uposażony do Wysokości Kwoty Odprawy Pośmiertnej** – osoba, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wysokości wynikającej z postanowień art. 93 Kodeksu pracy;
54) **Wada wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
55) **Wariant ubezpieczenia** – zakres Świadczeń zdrowotnych przysługujący Ubezpieczonemu w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia;
56) **Wizyta domowa** – konsultacja lekarska udzielana przez lekarza internistę, lekarza rodzinnego lub lekarza pediatrę w godzinach wskazanych przez Placówkę medyczną i na terenie administracyjnym określonym przez Placówkę medyczną; w wybranych miejscowościach na terenie kraju usługa jest realizowana całodobowo; w przypadku Wizyty domowej organizowanej przez konsultanta Infolinii medycznej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza; Wizyty domowe mogą być również udzielane przez Placówki medyczne poza Siecią; Wizyta domowa może być przeprowadzona w przypadkach uwzględniających stan zdrowia Ubezpieczonego, uniemożliwiających mu przybycie do Placówki medycznej lub Placówki Medycznej poza Siecią; Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem Zgłoszeń wymagających pilnej interwencji medycznej; Wizyta domowa obejmuje badanie lekarskie (przedmiotowe i podmiotowe), postawienie diagnozy, wystawienie recept, zlecenie wykonania badań laboratoryjno-diagnostycznych,

zlecenie konsultacji specjalistycznych; kontynuacja leczenia i wizyty kontrolne odbywają się podczas Leczenia ambulatoryjnego w Placówce medycznej lub wybranej przez Ubezpieczonego Placówce medycznej poza Siecią;

57) **Współmałżonek** – osoba, z którą Główny Ubezpieczony w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego pozostaje w związku małżeńskim; w razie zgonu Ubezpieczonego za Współmałżonka uznaje się osobę, która w dniu jego zgonu pozostaje z nim w związku małżeńskim i została wskazana w akcie zgonu jako współmałżonek;
58) **Współubezpieczony** – Rodzic Głównego Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka Głównego Ubezpieczonego albo Rodzic Partnera Głównego Ubezpieczonego objęty ochroną w ramach Umowy dodatkowej świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców;
59) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
   a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego;
   b) jest wywołane Przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia;
   c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej świadczonej z tytułu Umowy ubezpieczenia lub odpowiedniej Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego;
   d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz Życie;
   e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku adekwatnym z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
60) **Zgłoszenia wymagające pilnej interwencji medycznej** – wszelkie zgłoszenia, za które uważa się:
   a) zatrucia lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utratę przytomności, omdlenia, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty;
   b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród;
   c) poważne urazy;
   d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażeń i niedowładów;
   e) ciężką reakcję anafilaktyczną na ukąszenia, leki lub środki spożywcze;

   traktowane są jako stany zagrożenia życia i winny być zgłaszane bezpośrednio do pogotowia ratunkowego.

§ 2. W JAKIM ZAKRESIE CHRONI UBEZPIECZENIE ALLIANZ OPIEKA ZDROWOTNA?

Allianz Opieka Zdrowotna zapewnia Ubezpieczonym dostęp do szerokiego zakresu Świadczeń zdrowotnych w Sieci placówek medycznych wskazanej przez Allianz Życie oraz możliwość refundacji poniesionych kosztów w dowolnie wybranej przez Ubezpieczonego Placówce medycznej poza Siecią (niewspółpracującej z Allianz Życie) maksymalnie do wysokości kwot określonych w cenniku refundacyjnym (załącznik nr 1 do niniejszych o.w.u.).
Ubezpieczenie zapewnia wypłatę świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego.
Możesz również rozszerzyć zakres ochrony o dodatkowe usługi i świadczenia opisane w Umowach dodatkowych.

1. W związku z zawarciem Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym odpowiedzialność Allianz Życie polega na:
   1) pokryciu kosztów Świadczeń zdrowotnych należnych danemu Ubezpieczonemu w ramach posiadanego Wariantu ubezpieczenia, udzielonych Ubezpieczonemu podczas Leczenia ambulatoryjnego:
      a) zorganizowanych przez Infolinię medyczną w należnych danemu Ubezpieczonemu, Placówkach medycznych dostępnych w ramach Sieci placówek medycznych wskazanej przez Allianz Życie;
      b) zorganizowanych samodzielnie przez Ubezpieczonego, w należnych danemu Ubezpieczonemu Placówkach medycznych dostępnych w ramach Sieci placówek medycznych wskazanej przez Allianz Życie, posiadających system EWKA i realizujących dane Świadczenie zdrowotne na rzecz Ubezpieczonych, pod warunkiem zautoryzowania Świadczeń zdrowotnych przez Placówkę medyczną w systemie EWKA

   lub
   2) zwrocie kosztów Świadczeń zdrowotnych, udzielonych Ubezpieczonemu podczas Leczenia ambulatoryjnego i poniesionych przez Ubezpieczonego w zakresie zgodnym z posiadanym przez Ubezpieczonego Wariantem ubezpieczenia określonym w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u., do maksymalnej wysokości określonej w cenniku refundacyjnym wskazanym w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u.; warunki zwrotu poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów Świadczeń zdrowotnych zostały opisane w § 18;
   3) w razie zgonu Ubezpieczonego – wypłacie Uposażonemu świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Załącznik nr 1 opisujący zakres Świadczeń zdrowotnych znajdziesz na końcu dokumentu

2. Zakres Umowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe opisane w niniejszych o.w.u.
3. Przedmiotem ubezpieczenia w zakresie podstawowym jest życie i zdrowie Ubezpieczonego. W razie rozszerzenia zakresu Umowy ubezpieczenia o Umowy dodatkowe, przedmiotem ubezpieczenia może być życie lub zdrowie Ubezpieczonego oraz określone w Umowie ubezpieczenia zdarzenia zachodzące w życiu Ubezpieczonego.
4. W razie rozszerzenia zakresu Umowy ubezpieczenia o Umowę dodatkową świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców, przedmiotem ubezpieczenia może być zdrowie Współubezpieczonego oraz określone zdarzenia zachodzące w życiu Współubezpieczonego.
5. Zakres ubezpieczenia jest określany w polisie na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie lub zmianę Umowy ubezpieczenia.
6. Zakres ubezpieczenia, Suma ubezpieczenia oraz wysokość Składki należnej z tytułu obejmowania ochroną ubezpieczeniową mogą być różne dla poszczególnych podgrup Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy ubezpieczenia. Nie dopuszcza się ubezpieczenia tych samych osób w więcej niż jednej grupie.

§ 3. W JAKICH PRZYPADKACH ODPOWIEDZIALNOŚĆ ALLIANZ ŻYCIE JEST OGRANICZONA?

Poznaj poniższą listę okoliczności, które znoszą odpowiedzialność Allianz Życie

1. **Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące zgonu**
   Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego, gdy zgon nastąpi w wyniku:
   1) samobójstwa lub samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
   2) Czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w Aktach terroru.
2. **Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące dostępu do Świadczeń zdrowotnych**
   1. Allianz Życie w zakresie Świadczeń zdrowotnych nie odpowiada za:
      1) zorganizowanie ani pokrycie kosztów Świadczeń zdrowotnych w przypadku Zgłoszeń wymagających pilnej interwencji medycznej;
      2) zwrot poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów Wizyt domowych nie zgłoszonych i niezaakceptowanych za pośrednictwem Infolinii medycznej;
      3) leczenie prowadzone przez Ubezpieczonego lub osoby bliskie Ubezpieczonemu, tj. leczenie prowadzone przez jego Współmałżonka, konkubenta, krewnego, powinowatego w linii prostej, krewnego bocznego do czwartego stopnia, powinowatego bocznego do drugiego stopnia, osoby związane z Ubezpieczonym z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;

4) nieudzielanie informacji lub niezorganizowanie Świadczeń zdrowotnych z powodu zadziałania siły wyższej;
5) zorganizowanie ani pokrycie kosztów Świadczeń zdrowotnych wymagających Skierowania lekarskiego zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszych o.w.u., na które Ubezpieczony nie posiadał Skierowania lekarskiego w dniu realizacji;
6) organizację ani pokrycie kosztów Świadczeń zdrowotnych innych niż dostępne w ramach posiadanego przez danego Ubezpieczonego Wariantu ubezpieczenia;
7) organizację ani pokrycie kosztów badań wykonywanych na życzenie Ubezpieczonego;
8) organizację ani pokrycie kosztów Świadczeń zdrowotnych związanych z medycyną pracy;
9) pokrycie kosztów leczenia i diagnostyki niepłodności oraz związanych z diagnozowaniem i leczeniem zaburzeń płodności;
10) pokrycie kosztów stabilizatorów i kosztów lekkiego opatrunku gipsowego (gipsu syntetycznego).

2. Zakres ubezpieczenia w przypadku Świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku nr 1:
1) w rozdziale X pkt. 2 ppkt. 3) nie obejmuje ropnia okołoodbytniczego;
2) w rozdziale XII pkt. 13 ppkt. 5) nie obejmuje prolaktyny po obciążeniu;
3) w rozdziale XII pkt. 14 ppkt. 1)-3), 5)-18) oraz w pkt. 15 ppkt. 1)-17) nie obejmuje badań ukierunkowanych na wykrycie konkretnego patogenu choroby;
4) w rozdziale XIV nie obejmuje zdjęć skalometrycznych i zdjęć kończyny dolnej na długiej kliszy;
5) w rozdziale XV nie obejmuje USG 3-D/ 4-D i USG genetycznego;
6) w rozdziale XVI i XVII nie obejmuje badań w opcji naczyniowej – angiografii/ANGIO oraz badań techniką obrazowania dyfuzji i perfuzji.

3. **Wyłączenia odpowiedzialności w Umowach dodatkowych dotyczące następstw Wypadków**
Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzenia obejmowanego ochroną na podstawie Umów dodatkowych, będącego następstwem Wypadku, jeżeli Wypadek nastąpi w wyniku:
1) Działania Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, Choroby będącej następstwem spożywania alkoholu;
2) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
3) wypadku lotniczego, z wyjątkiem Wypadków, w których:
a) Ubezpieczony lub odpowiednio Współubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego Licencjonowanych linii lotniczych;
b) Ubezpieczony lub odpowiednio Współubezpieczony kierował zawodowo statkiem powietrznym Licencjonowanych linii lotniczych;
4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
5) Czynnego udziału Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w aktach przemocy, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w Aktach terroru;
6) uprawiania przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górska lub skałkowa, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
7) uczestniczenia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych;
8) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
9) poddania się przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z Wypadkiem;
10) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek Wypadku;
11) wszelkich chorób somatycznych, w tym zawału serca lub udaru mózgu, Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był Wypadek;
12) prowadzenia przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
13) prowadzenia przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia;
14) klęski żywiołowej ogłoszonej przez odpowiednie organy administracji państwowej.

4. **Wyłączenia odpowiedzialności w Umowach dodatkowych dotyczące zdarzeń nie będących następstwem Wypadku**
Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzenia obejmowanego ochroną na podstawie Umów dodatkowych, niebędącego następstwem Wypadku, jeżeli zdarzenie było wynikiem:
1) Działania Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, Choroby będącej następstwem spożywania alkoholu;
2) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F 00-F99);
3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4) Czynnego udziału Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w aktach przemocy, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w Aktach terroru;
5) uprawiania przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górska lub skałkowa, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
6) uczestniczenia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych;
7) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
8) poddania się przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
9) zatrucia się Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku Wypadku;;

10) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności;
11) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej.

5. Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie jest objęty zakresem ubezpieczenia Allianz Życie ani nie wpływa na wysokość świadczenia Allianz Życie.

CZĘŚĆ II. UMOWA UBEZPIECZENIA, JAK JĄ ZAWRZEĆ I ROZWIĄZAĆ

Dowiedz się jak zawrzeć i rozwiązać Umowę ubezpieczenia, dla kogo możesz wykupić ochronę, jak długo ona trwa oraz jak się przedłuża na następny rok.

§ 4. NA JAKI CZAS ZAWIERANA JEST UMOWA UBEZPIECZENIA I W JAKI SPOSÓB ULEGA PRZEDŁUŻENIU?

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku licząc od Daty początku ubezpieczenia do dnia poprzedzającego pierwszą Rocznicę polisy. Umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na roczny okres (tj. okres od danej Rocznicy polisy do dnia poprzedzającego następną Rocznicę polisy), jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed najbliższą Rocznicą polisy, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego w zdaniu powyżej. Allianz Życie potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia wystawiając polisę.
2. W razie przedłużenia Umowy ubezpieczenia na następny roczny okres z zachowaniem trybu określonego w ust. 1, umowa przedłużana jest na takich samych warunkach, jakie obowiązywały w poprzednim okresie, a dotychczas obowiązujące dokumenty potwierdzające zawarcie Umowy ubezpieczenia i przystąpienie do niej pozostają w mocy, chyba że strony postanowią zmienić warunki Umowy ubezpieczenia zgodnie z trybem określonym w §7.

§ 5. KTO MOŻE BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ I W JAKIEJ FORMIE?

1. Do Umowy ubezpieczenia można przystąpić w formie:
   1) Pakietu Indywidualnego;
   2) Pakietu Partnerskiego;
   3) Pakietu Rodzinnego;
   4) Pakietu Indywidualnego Rodzic.
2. Ubezpieczeniem w formie Pakietu Indywidualnego może zostać Główny Ubezpieczony, który w Dacie przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonego 69 roku życia.
3. Ubezpieczeniem w formie Pakietu Partnerskiego może zostać objęty Główny Ubezpieczony i jego Współmałżonek albo Partner, o ile spełniają kryteria wiekowe określone w ust. 2 lub Główny Ubezpieczony i jego jedno Dziecko, które w Dacie przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyło 25. roku życia.
4. Ubezpieczeniem w formie Pakietu Rodzinnego może zostać objęty Główny Ubezpieczony i jego Współmałżonek albo Partner, o ile spełniają kryteria wiekowe określone w ust. 2 oraz ich Dzieci, które w Dacie przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 25. roku życia.
5. Ubezpieczeniem w formie Pakietu Indywidualnego Rodzic może zostać objęty Rodzic Głównego Ubezpieczonego, Rodzic Małżonka, Rodzic Partnera o ile w Dacie przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończony 45 rok życia i nie ma ukończonego 80 roku życia przy zachowaniu postanowień ust. 6 i 7 poniżej.
6.
   1) Rodzic Głównego Ubezpieczonego może przystąpić do Umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego Rodzic o ile Pracownik przystąpił do Umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego albo Pakietu Partnerskiego albo Pakietu Rodzinnego;
   2) Rodzic Współmałżonka albo Rodzic Partnera mogą przystąpić do Umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego Rodzic o ile Pracownik przystąpił do Umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Partnerskiego albo Pakietu Rodzinnego wraz z Partnerem albo Współmałżonkiem.
7. Rodzic Głównego Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka albo Rodzic Partnera mogą przystąpić do Umowy ubezpieczenia w okresie 3 miesięcy liczonych od dnia objęcia danego Pracownika ochroną oraz w każdą Rocznicę polisy.
8. Osoba przystępująca do Umowy ubezpieczenia składa Ubezpieczającemu deklarację przystąpienia, w której oświadcza, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia i wyraża zgodę na wysokość Sumy ubezpieczenia.

§ 6. W JAKI SPOSÓB ZAWIERANA JEST UMOWA UBEZPIECZENIA?

Zadbaj o to by osoba, na rzecz której zawierasz Umowę ubezpieczenia znała jej szczegóły i wiedziała o wszystkich dokonywanych przez Ciebie zmianach.

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego na formularzu Allianz Życie. Ubezpieczający zobowiązany jest do prawidłowego i kompletnego wypełnienia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Allianz Życie dostarcza Ubezpieczającemu warunki umowy w tym o.w.u. wraz z załącznikami.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i przekazać Allianz Życie najpóźniej do 20. dnia miesiąca kalendarzowego poprzedzającego rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej:
   1) listę osób przystępujących do ubezpieczenia;
   2) deklarację przystąpienia do ubezpieczenia każdej z osób zgłaszanych do ubezpieczenia; dokument ten powinien być wypełniony i podpisany przez osobę przystępującą do ubezpieczenia i Ubezpieczającego; w razie zawarcia umowy w formie Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego deklarację za niepełnoletnie Dziecko lub osobę która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych podpisuje jego przedstawiciel ustawowy.
3. Allianz Życie może wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia innych dokumentów, uznanych przez Allianz Życie za niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia, w tym dokumentacji koniecznej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego w stosunku do osób zgłaszanych do ubezpieczenia.
4. Dokumenty wymienione w ust. 2 i 3 powyżej, po ich zaakceptowaniu przez Allianz Życie, stanowić będą załączniki do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
5. Na podstawie uzyskanych przez Allianz Życie informacji zawartych we wniosku oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów Allianz Życie może na podstawie dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia lub zaproponować zmienione warunki Umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego wniosek wraz z dołączonymi do niego dokumentami Allianz Życie zaproponuje Ubezpieczającemu zawarcie Umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających na niekorzyść Ubezpieczającego od złożonego przez niego wniosku, Allianz Życie zwróci na to na piśmie uwagę Ubezpieczającemu i osobom przystępującym do ubezpieczenia oraz wyznaczy siedmiodniowy termin na zgłoszenie pisemnego sprzeciwu. W razie zgłoszenia sprzeciwu przez Ubezpieczającego Umowę ubezpieczenia uważa się za niezawartą, z kolei w przypadku braku jego sprzeciwu – Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią zaproponowana przez Allianz Życie następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu. Sprzeciw osoby przystępującej do ubezpieczenia traktowany jest jako jej rezygnacja z objęcia ochroną na zmienionych warunkach zaproponowanych przez Allianz Życie. Jeżeli sprzeciw taki złoży Główny Ubezpieczony przystępujący do ubezpieczenia w ramach Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego, to skutkuje on rezygnacją z objęcia ochroną również zgłaszanych przez niego osób do objęcia ochroną w formie Pakietu: Partnerskiego, Rodzinnego lub Indywidualnego Rodzic.
7. Zawarcie Umowy ubezpieczenia Allianz Życie potwierdza, wystawiając polisę dla Ubezpieczającego oraz dokument potwierdzenia ubezpieczenia dla Ubezpieczonego.
8. W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać pisemnie Allianz Życie najpóźniej do 20. dnia każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy ubezpieczenia:
   1) listę osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu wraz z ich deklaracjami, z zachowaniem postanowień ust. 2 pkt 2) niniejszych o.w.u.;

2) listę osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesiącu wygasa ochrona Allianz Życie.

9. Jeżeli 20. dzień miesiąca kalendarzowego, o którym mowa w ust. 2 i 8, jest sobotą lub dniem ustawowo wolnym od pracy, przesłanie dokumentów wymienionych w tych ustępach nastąpi w pierwszym następującym po nim Dniu roboczym.
10. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie, o którym mowa w niniejszym paragrafie, jeżeli do Umowy ubezpieczenia przystąpi liczba osób wskazana przez Allianz Życie.
11. Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 10 powyżej, to Umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą Allianz Życie i na warunkach zaproponowanych przez Allianz Życie.

§ 7. KIEDY I W JAKI SPOSÓB UMOWA UBEZPIECZENIA ULEGA ZMIANIE?

Jeżeli jesteś zainteresowany zmianą warunków Umowy ubezpieczenia złóż nam najpóźniej na miesiąc przed proponowanym początkiem obowiązywania zmian wniosek o zmianę warunków umowy. Również Allianz Życie może zaproponować Tobie zmianę warunków Umowy ubezpieczenia na dwa miesiące przed Rocznicą polisy.
Jeżeli się nie zgadzasz na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia prześlij do Allianz Życie, najpóźniej na miesiąc przed Rocznicą polisy oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zmianę warunków. Twoja Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana w ostatnim dniu roku polisy.

1. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia może złożyć wniosek o przedłużenie Umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
   Wniosek o dokonanie zmian w Umowie ubezpieczenia składany jest drugiej stronie Umowy ubezpieczenia:
   1) nie później niż na miesiąc przed proponowanym początkiem obowiązywania zmian, jeżeli o zmianę wnioskuje Ubezpieczający;
   2) nie później niż na dwa miesiące przed każdą Rocznicą polisy, jeżeli o zmianę wnioskuje Allianz Życie.
2.
   1) Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia, Allianz Życie przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Allianz Życie może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
   2) Allianz Życie, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone w pkt 1) powyżej.
3. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od Allianz Życie pisemnej informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia doręczy Allianz Życie, najpóźniej na miesiąc przed Rocznicą polisy, pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Allianz Życie zmianę warunków Umowy ubezpieczenia, oświadczenie takie będzie traktowane, jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 niniejszych o.w.u, chyba że strony postanowią inaczej.
4. Zmiany w Umowie ubezpieczenia mogą być dokonywane jedynie po uzyskaniu uprzedniej zgody Ubezpieczonych, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 poniżej.

Pamiętaj, aby uzyskać zgodę Ubezpieczonych na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia. Twój Pracownik może mianować Ciebie swoim pełnomocnikiem. Jeżeli pracownik złoży oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia traktuje się ją jako rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej (ochrona wygasa również na rzecz rodziny ubezpieczonej w ramach Pakietów Partnerskich, Rodzinnych, Indywidualnego Rodzic).

5. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w ust. 2 pkt. 1oraz w § 24 ust. 2. Informacje te przekazuje się Ubezpieczonemu:
   1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1);
   2) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Allianz Życie Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 24 ust. 2.
6. Zmiany Umowy ubezpieczenia nienaruszające praw Ubezpieczonego mogą być dokonywane bez jego zgody.
7. Ubezpieczony może wyrazić zgodę na dokonanie zmian Umowy ubezpieczenia osobiście lub za pośrednictwem innej umocowanej w tym zakresie osoby (pełnomocnika).
8. W przypadku braku umocowania lub jego odwołania, do wniosku o zmianę warunków Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Allianz Życie oświadczenia Ubezpieczonych o wyrażeniu zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub przechowywać oświadczenia Ubezpieczonych, zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa i udostępnić oświadczenia Ubezpieczonych na każde żądanie Allianz Życie.
9. W razie złożenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu oświadczenia opisanego w ust. 3, powyżej we wskazanym w tym ustępie terminie traktuje się je jako jego rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej dla danego Ubezpieczonego na podstawie Umowy ubezpieczenia zawartej na następny okres roczny. Jeżeli oświadczenie takie złoży Główny Ubezpieczony objęty ochroną w ramach Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego, skutkuje ono rezygnacją z ochrony świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach Pakietu: Partnerskiego, Rodzinnego lub Indywidualnego Rodzic. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać Allianz Życie wykaz osób, które nie wyraziły zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia.
10. Niedoręczenie Allianz Życie przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanych zmian warunków Umowy ubezpieczenia w terminie określonym w ust. 3, powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:
    1) przedłużenie Umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia;

    oraz na
    2) zaproponowaną przez Allianz Życie zmianę warunków Umowy ubezpieczenia, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.

    W przypadku Ubezpieczonego brak pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanych zmian warunków Umowy ubezpieczenia oznacza wolę kontynuowania Umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, zaproponowanych przez Allianz Życie w kolejnym okresie rocznym.
11. Allianz, informując Ubezpieczającego o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia obowiązujących w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, jednocześnie poda do wiadomości skutki niewyrażenia zgody na proponowaną zmianę opisane w ust. 3 i 9 powyżej oraz w § 12 ust. 4 i 5.

Zwróć uwagę, że brak złożenia oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zmianę warunków oznacza przedłużenie Umowy ubezpieczenia na nowych warunkach.

§ 8. KIEDY MOŻNA ZMIENIĆ WARIANT UBEZPIECZENIA I FORMĘ UBEZPIECZENIA?

Twój Pracownik – Główny Ubezpieczony, za Twoją zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz Życie, może w każdym momencie trwania Umowy ubezpieczenia zmienić Wariant i formę ubezpieczenia. Pamiętaj, że kolejna zmiana może być dokonana dopiero po upływie 6 miesięcy od ostatniej zmiany.

Główni Ubezpieczeni objęci ochroną w formie Pakietu: Indywidualnego, Partnerskiego lub Rodzinnego za zgodą Ubezpieczającego i na warunkach określonych przez Allianz Życie mają prawo zmienić podgrupy poprzez zmianę formy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia w każdym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym kolejna zmiana formy lub Wariantu ubezpieczenia możliwa będzie po upływie 6 miesięcy od ostatniej zmiany wobec danego Ubezpieczonego. Zmiana Wariantu ubezpieczenia nie wymaga ponownego podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

§ 9. KIEDY MOŻNA ODSTĄPIĆ OD UMOWY UBEZPIECZENIA?

Jeżeli chcesz odstąpić od Umowy ubezpieczenia i poinformujesz nas o tym na piśmie w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jesteś przedsiębiorcą w ciągu 7 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia, zwrócimy Ci wpłaconą Składkę pomniejszoną jedynie o koszt ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia składając Allianz Życie oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Allianz Życie 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.
2. W razie skorzystania z prawa odstąpienia, Umowa ubezpieczenia jest uważana za niezawartą, a Allianz Życie w terminie 30 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu, zwróci wpłaconą składkę, pomniejszoną o kwotę stanowiącą równowartość składki ubezpieczeniowej za każdy dzień udzielonej przez Allianz Życie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Za datę odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Allianz Życie.

§ 10. KIEDY UMOWA UBEZPIECZENIA ULEGA ROZWIĄZANIU?

Jeżeli chcesz wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia, Twoją rezygnację potraktujemy jako wiążącą z ostatnim dniem miesiąca po upływie miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca w którym poinformowałeś nas o swojej decyzji.
Pamiętaj, że za okres wypowiedzenia zobowiązany jesteś do opłacenia Składki. Zwrócimy Ci jednak Składkę za niewykorzystany okres ochrony np. gdy opłaciłeś Składkę z góry za cały rok obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Twoja Umowa ubezpieczenia rozwiąże się również jeżeli nie opłaciłeś Składki w wymaganym terminie lub jeżeli przed Rocznicą polisy zostanie złożone oświadczenie o braku woli przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejne roczne okresy ubezpieczenia.

1. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia następuje na skutek:
   1) nieopłacenia Składki w terminie określonym w niniejszych o.w.u.;
   2) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 2 poniżej;
   3) złożenia oświadczenia o braku woli przedłużenia Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 niniejszych o.w.u.
2. Ubezpieczający w każdym czasie może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając Allianz Życie oświadczenie o wypowiedzeniu umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Allianz Życie otrzymał oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składek za okres wypowiedzenia.
3. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia następuje z ostatnim dniem miesiąca i skutkuje rozwiązaniem wszystkich Umów dodatkowych.
4. W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej lub Składki wpłaconej po rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia.
5. W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia ponowne zawarcie Umowy ubezpieczenia możliwe będzie po upływie 6 miesięcy, liczonych od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej.

Po rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia dopiero po 6 miesiącach możesz ponownie zawrzeć Umowę ubezpieczenia.

CZĘŚĆ III. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Dowiedz się jak opłacać Składkę i co się stanie, jeśli nie zapłacisz Składki w terminie. Poznaj również zasady zmiany wysokości Składki.

§ 11. JAKIE SĄ ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI?

Pamiętaj o terminowym opłacaniu Składki łącznej za całą grupę ubezpieczonych zgodnie z wybraną przez Ciebie częstotliwością (miesięczną, kwartalną, półroczną, roczną). Składkę wpłacaj na wskazany przez Allianz Życie rachunek bankowy do 20. dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna.

1. Z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki w wysokości i z częstotliwością wskazaną w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być płatna jednorazowo lub w ratach (miesięcznych, kwartalnych lub półrocznych), w zależności od wyboru Ubezpieczającego.
3. Składkę ustala się w szczególności w zależności od Wariantu ubezpieczenia, formy ubezpieczenia, zawartych Umów dodatkowych stanowiących rozszerzenie zakresu podstawowego Umowy ubezpieczenia.
4. W razie zawarcia Umów dodatkowych, Składka jest równa sumie składek należnych na podstawie Umowy ubezpieczenia oraz Umów dodatkowych.
5. Składka jest płatna łącznie za całą grupę, nie później niż do 20. dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna.
6. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na właściwy rachunek bankowy Allianz Życie, w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

§ 12. NA JAKI OKRES USTALANA JEST SKŁADKA I KIEDY MOŻE ULEC ZMIANIE?

Składka jest ustalana przez Allianz Życie na każdy rok trwania Umowy ubezpieczenia. Jeżeli postanowimy zmienić wysokość Składki zostaniesz poinformowany o tym na dwa miesiące przed Rocznicą polisy.
Jeżeli nie zgadzasz się na zmianę wysokości Składki prześlij do Allianz, najpóźniej 30 dni przed Rocznicą umowy oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną zmianę. Twoja umowa zostanie rozwiązana w ostatnim dniu Roku polisy.

1. Wysokość Składki jest ustalana przez Allianz Życie na każdy rok obowiązywania Umowy ubezpieczenia. W razie zmiany Składki Allianz Życie poinformuje Ubezpieczającego o zmianie Składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na dwa miesiące przed upływem każdej Rocznicy polisy, przy zachowaniu postanowień §7 ust 2.
2. Zmiana wysokości Składki stanowi zmianę Umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 7 niniejszych o.w.u..
3. W razie zmiany Składki Ubezpieczający informuje Ubezpieczonych o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia zgodnie z zasadami opisanymi w §7 ust. 5 niniejszych o.w.u.
4. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od Allianz Życie pisemnej informacji o wysokości Składki na następny roczny okres ubezpieczenia doręczy Allianz Życie, najpóźniej na miesiąc przed Rocznicą polisy, pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Allianz Życie wysokość Składki, oświadczenie takie będzie traktowane, jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 niniejszych o.w.u, chyba że strony postanowią inaczej.
5. W razie złożenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu oświadczenia opisanego w ust. 4, powyżej we wskazanym w tym ustępie terminie traktuje się je jako jego rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej dla danego Ubezpieczonego na podstawie Umowy ubezpieczenia zawartej na następny okres roczny. Jeżeli oświadczenie takie złoży Główny Ubezpieczony objęty ochroną w ramach Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego, skutkuje ono rezygnacją z ochrony świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach Pakietu: Partnerskiego,

Rodzinnego lub Indywidualnego Rodzic. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać Allianz Życie wykaz osób, które nie wyraziły zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia.

6. Niedoręczenie Allianz Życie przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki w terminie określonym w ust. 3, powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:
   1) przedłużenie Umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia;

   oraz na
   2) wysokość Składki zaproponowaną przez Allianz Życie, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.

   W przypadku Ubezpieczonego brak pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki oznacza wolę kontynuowania Umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, zaproponowanych przez Allianz Życie w kolejnym okresie rocznym.

§ 13. JAKIE SĄ KONSEKWENCJE NIEOPŁACENIA SKŁADKI?

1. W sytuacji gdy Składka nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego do ostatniego roboczego dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna (okres prolongaty), Allianz Życie wezwie na piśmie Ubezpieczającego do zapłaty Składki w odpowiednim terminie, określonym w wezwaniu, a Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca rozpoczynającego kolejny okres ochrony, za który nie opłacono Składki. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres wypowiedzenia. Niezwłocznie po zapłaceniu Składki za okres wypowiedzenia Ubezpieczający musi złożyć Allianz Życie pisemne oświadczenie, potwierdzające wolę rozwiązania Umowy ubezpieczenia. W razie braku takiego oświadczenia wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia uważa się za niebyłe. Informacje, o których mowa wyżej Allianz Życie może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

   Najlepiej wyjaśnić powyższy zapis na przykładzie. Składkę powinieneś opłacić np. do dnia 20 lipca za miesiąc sierpień. Termin ten automatycznie wydłużyliśmy Ci do 31 lipca (ostatniego roboczego dnia miesiąca).
   Jeżeli nie zapłaciłeś jednak Składki w powyższym terminie, to w trosce o zachowanie ciągłości ochrony Twoich Pracowników poinformujemy Cię o tym i wyznaczymy np. 10 dniowy termin na zapłatę Składki. Pamiętaj! Brak Składki traktujemy, jako wypowiedzenie umowy.
   Jeżeli faktycznie Umowę ubezpieczenia chcesz nam wypowiedzieć to wraz z zapłatą Składki w wyznaczonym w piśmie terminie prześlij do Allianz Życie potwierdzenie woli rozwiązania Umowy ubezpieczenia. Jeżeli zapłacisz Składkę w wyznaczonym w piśmie terminie i nie prześlesz nam woli rozwiązania umowy Twoja umowa będzie kontynuowana. Jeżeli jednak nie opłacisz składki w wyznaczonym w piśmie terminie Twoja Umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana z dniem 31 sierpnia (z ostatnim dniem miesiąca). Za okres wypowiedzenia zobowiązany jesteś do opłacenia Składki.

2. Składkę uważa się za niezapłaconą zwłaszcza wtedy, gdy:
   1) wysokość Składki przekazanej na właściwy rachunek bankowy Allianz Życie jest niższa niż wynikająca z liczby Pakietów: Indywidualnych, Partnerskich, Rodzinnych, Indywidualnych Rodzic, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem. Liczbę Pakietów, o których mowa w zdaniu pierwszym, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 6 ust. 2 oraz § 6 ust. 8 niniejszych o.w.u.;
   2) Składka nie została przekazana na właściwy rachunek Allianz Życie;
   3) Składka nie została opłacona w terminie określonym w Umowie ubezpieczenia.

CZĘŚĆ IV. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Dowiedz się, kiedy rozpoczyna i kończy się ochrona ubezpieczeniowa. Poznaj zasady i terminy zgłaszania zmian w grupie (wystąpienia/przystąpienia).

§ 14. KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ OCHRONA UBEZPIECZENIOWA I JAKI JEST CZAS JEJ TRWANIA?

Ochrona w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpocznie się 1. dnia miesiąca pod warunkiem, że zaakceptujemy przesłane do Allianz Życie deklaracje przystąpienia, wymieniłeś daną osobę na liście osób przystępujących i przekazałeś nam łączną Składkę za wszystkie zgłoszone do ubezpieczenia Pakiety.

1. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Allianz Życie w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się zawsze od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, nie wcześniej jednak niż po spełnieniu, do 20. dnia miesiąca kalendarzowego poprzedzającego rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej, następujących warunków:
   1) Allianz Życie otrzymał i zaakceptował deklarację przystąpienia do ubezpieczenia danej osoby oraz inne dokumenty o których mowa w niniejszych o.w.u.;
   2) Ubezpieczony jest wymieniony w wykazie imiennym osób zgłaszanych do ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 2 pkt 1, oraz § 6 ust. 8 pkt 1 niniejszych o.w.u.;
   3) Ubezpieczający zapłacił Składkę w terminie określonym w § 11 ust. 5 niniejszych o.w.u.;
   4) wysokość Składki przekazanej na rachunek Allianz Życie nie jest niższa niż wynikająca z liczby Pakietów: Indywidualnych, Partnerskich, Rodzinnych, Indywidulnych Rodzic, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem.

W poniższych ustępach dowiesz się kiedy wygaśnie ochrona w stosunku do Ubezpieczonych.

2. Ochrona Allianz Życie wygasa w stosunku do Ubezpieczonych niezależnie od innych postanowień o.w.u.:
   1) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia;
   2) w dniu zgonu Ubezpieczonego, a w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Pakietu: Partnerskiego, Rodzinnego, Indywidualnego Rodzic – w ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpił zgon Głównego Ubezpieczonego;
   3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy ubezpieczenia co zostało potwierdzone w wykazie osób występujących zgodnie z § 6 ust. 8 pkt 2); wystąpienie z Umowy ubezpieczenia Głównego Ubezpieczonego skutkuje wystąpieniem z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach Pakietu: Partnerskiego, Rodzinnego, Indywidualnego Rodzic;
   4) w dniu Rocznicy polisy, następującej po lub w dniu ukończenia przez:
      a) Ubezpieczonego (Pracownika, Współmałżonka, Partnera) objętego ochroną w ramach Pakietu: Indywidualnego, Partnerskiego, Rodzinnego 70. roku życia,
      b) Ubezpieczonego, będącego Dzieckiem objętego ochroną w ramach Pakietu Partnerskiego lub Rodzinnego – 26. roku życia;
      c) Ubezpieczonego Rodzica objętego ochroną w ramach Pakietu Indywidualnego Rodzic 85. roku życia;
   5) w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Pakietu: Partnerskiego, Rodzinnego, Indywidualnego Rodzic – w dniu Rocznicy polisy, następującej po lub w dniu ukończenia przez Głównego Ubezpieczonego 70. roku życia;
   6) z pierwszym dniem miesiąca rozpoczynającego nowy okres ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający nie zaakceptuje zaproponowanej wysokości Składki.
3. W razie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z powodów przewidzianych w ust. 2 pkt 4)-5) Allianz Życie wskaże Ubezpieczającemu na piśmie, co najmniej na dwa tygodnie przed Rocznicą polisy osoby, które ukończyły przewidziany w Umowie ubezpieczenia wiek. Informacje, o których mowa powyżej, Allianz Życie może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

4. Z dniem określonym w ust. 2 wygasa również ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Allianz Życie względem danego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na podstawie Umów dodatkowych, o ile warunki Umów dodatkowych nie przewidują innego terminu wygaśnięcia ochrony.
5. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, bez podania przyczyny wystąpienia składając Ubezpieczającemu lub Allianz Życie oświadczenie o wystąpieniu. Wystąpienie z Umowy ubezpieczenia wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca, w którym złożono oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, z zachowaniem postanowień ust. 2 pkt 3) powyżej.

§ 15. JAKIE SĄ ZASADY OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ NOWYCH OSÓB W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA?

Pamiętaj, jeżeli zgłaszasz do Umowy ubezpieczenia nową osobę prześlij nam do 20. dnia miesiąca poprzedzającego ochronę jej deklarację i wskaż ją na wykazie osób przystępujących.
Jeżeli jednak zgłaszasz osobę, która wcześniej wystąpiła z ubezpieczenia to Allianz Życie ponownie może objąć ją ochroną po 6 miesiącach, liczonych od ostatniego dnia ochrony.
Rodzice mogą przystąpić w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną Pracownika oraz w każdą Rocznicę polisy. Pozostałe warunki przystąpienia Rodzicó w regulują zapisy § 5 ust. 6-7.

1. W trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia Allianz Życie może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nieubezpieczone. Najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny miesięczny okres ochrony Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Allianz Życie wykaz imienny osób przystępujących do ubezpieczenia, oraz ich deklaracje przystąpienia. Wykonanie tego obowiązku jest warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową osób nowo przystępujących do zawartej Umowy ubezpieczenia.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych o.w.u., z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4.
3. W odniesieniu do Umowy dodatkowej ubezpieczenia:
   – leczenia operacyjnego Ubezpieczonego;
   – leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego;
   – Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby układu krążenia;
   – Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby nowotworowe i układu nerwowego;
   – Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – zakażenia;
   – Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – niewydolność lub znaczne upośledzenie funkcjonowania narządu,

   odpowiedzialność Allianz Życie względem osób przystępujących do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się po upływie okresu 3 miesięcy (okres Karencji), liczonego od dnia wskazanego w § 14 ust. 1.
4. Postanowienia ust. 3 stosuje się odpowiednio w odniesieniu do Pracowników, którzy w dniu doręczenia Allianz Życie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie spełniały definicji Pracownika zgodnie z §1 ust. 2 pkt 31) i przystąpiły do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym ww. definicję zaczęły spełniać. W przypadku gdy Pracownik przystępuje do ubezpieczenia w formie Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego, po upływie terminy o którym mowa w zdaniu pierwszym, postanowienia ust. 3 dotyczą także osób zgłoszonych do objęcia ochroną w ramach tych pakietów.
5. Postanowień ust. 3 i 4 nie stosuje się w odniesieniu do osób, które przystąpiły do Umowy ubezpieczenia w Rocznicę polisy.
6. W okresie Karencji, o którym mowa w ust. 3 i 4 odpowiedzialnością Allianz Życie na podstawie Umowy ubezpieczenia są objęte tylko zdarzenia będące następstwem Wypadku.
7. Allianz Życie w przypadku wystąpienia danego Ubezpieczonego z ubezpieczania wyraża zgodę na ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem, że przystąpienie do Umowy ubezpieczenia nastąpi po upływie 6-miesięcy, liczonych od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej. Osoby te są traktowane tak jak osoby wcześniej nieubezpieczone, o których mowa w ust. 1.
8. Rodzic Głównego Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka albo Rodzic Partnera mają prawo przystąpić do Umowy ubezpieczenia, przy zachowaniu postanowień § 5 ust. 6-7.

§ 16. KIEDY MOGĘ WYŁĄCZYĆ Z OCHRONY OSOBY UBEZPIECZONE?

Pamiętaj, jeżeli chcesz wyłączyć z ochrony Pracownika (lub członka jego rodziny) to wskaż go nam na wykazie osób występujących do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny okres ochrony.
Jeżeli nie zgłosisz zmian to zobowiązany jesteś do zapłaty Składki za wszystkie osoby/Pakiety pozostające w ochronie.

Warunkiem wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia jest wskazanie go pisemnie przez Ubezpieczającego (bez podania przyczyny wystąpienia) na wykazie osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesięcznym okresie ubezpieczenia wygasa ochrona Allianz Życie i otrzymanie przez Allianz Życie wykazu osób występujących, o którym mowa powyżej, do 20. dnia miesiąca kalendarzowego poprzedzającego kolejny miesięczny okres ochrony. Jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi zmian osobowych w terminie określonym w zdaniu poprzednim, Allianz Życie przysługuje roszczenie względem Ubezpieczającego o zapłatę należnej Składki za wszystkie osoby pozostające w ubezpieczeniu.

CZĘŚĆ V. POSTĘPOWANIE NA WYPADEK ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Dowiedz się jak wygląda organizacja Świadczeń zdrowotnych oraz świadczeń z zakresu stomatologii bezgotówkowej i rehabilitacji. Jak zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia i jakie dokumenty należy przedstawić.

§ 17. JAK ALLIANZ ŻYCIE ORGANIZUJE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE, ŚWIADCZENIA REHABILITACYJNE, ŚWIADCZENIA STOMATOLOGII BEZGOTÓWKOWEJ DLA UBEZPIECZONYCH?

W tej części opisujemy, co trzeba zrobić aby skorzystać ze Świadczeń zdrowotnych oraz świadczeń z zakresu stomatologii bezgotówkowej i rehabilitacji. Prosimy, aby Ubezpieczeni kontaktowali się z naszą Infolinią medyczną/Centrum Świadczeń Medycznych lub umawiali się bezpośrednio w Placówkach medycznych posiadających system EWKA. Ubezpieczeni mają również prawo zamówić wizytę on-line za pośrednictwem strony www.zdrowotne.allianz.pl
Jeżeli Ubezpieczeni chcą skorzystać ze Świadczeń zdrowotnych w Placówce medycznej poza Siecią zapoznaj się z zasadami opisanymi w § 18.

1. Allianz Życie organizuje w ramach Umowy ubezpieczenia Świadczenia zdrowotne należne Ubezpieczonemu w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz świadczenia należne w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej i Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej:
   – we wskazanych za pośrednictwem Infolinii medycznej Allianz Placówkach medycznych lub
   – organizuje Konsultacje lekarskie dostępne w ramach Wariantu ubezpieczenia, zamawiane przez Ubezpieczonego za pośrednictwem strony www.zdrowotne.allianz.pl.

   Po pozytywnej weryfikacji uprawnień nasi konsultanci zorganizują dla Ubezpieczonego dane świadczenie. Pamiętaj, że organizujemy świadczenia tylko w Sieci placówek medycznych wskazanych przez Allianz Życie i na podstawie Skierowania lekarskiego.

2. Wszystkie wymienione w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u. Świadczenia zdrowotne będą zorganizowane dla Ubezpieczonych, jeśli:
   1) realizowane są podczas Leczenia ambulatoryjnego;

2) istnieje możliwość ich wykonania w danej Placówce medycznej, w godzinach pracy Placówki medycznej;
3) Ubezpieczony, dla którego mają być zorganizowane Świadczenia zdrowotne wymagające zgodnie z treścią załącznika nr 1 do niniejszych o.w.u. Skierowania lekarskiego, posiada Skierowanie lekarskie na dane Świadczenie zdrowotne.

3. W celu umożliwienia organizacji i pokrycia kosztów Świadczeń zdrowotnych należnych Ubezpieczonemu w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz świadczeń należnych w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej i Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej Ubezpieczony powinien:
   1) skontaktować się z Infolinią medyczną;
   2) uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do Placówki medycznej wskazanej przez Infolinię medyczną Allianz Życie;
   3) przedstawić w Placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający tożsamość Ubezpieczonego;
   4) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Placówki medycznej;
   5) przestrzegać terminów wykonania świadczeń i zgłaszać konsultantowi Centrum Świadczeń Medycznych z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do wyznaczonego dnia i godziny świadczenia każdorazową niemożność skorzystania z umówionego świadczenia.
4. Kontaktując się z Infolinią medyczną Ubezpieczony powinien przekazać konsultantowi Centrum Świadczeń Medycznych następujące informacje:
   1) imię i nazwisko, datę urodzenia lub nr PESEL Ubezpieczonego;
   2) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
   3) rodzaj koniecznej pomocy;
   4) datę wystawienia Skierowania lekarskiego i specjalizację kierującego na badania lekarza;
   5) inne informacje, wskazane przez Allianz Życie, konieczne do organizacji świadczeń należnych w ramach Umowy ubezpieczenia.
5. Organizacja Świadczenia zdrowotnego oraz świadczenia należnego w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej i Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej potwierdzana jest informacją SMS na numer telefonu Ubezpieczonego podany podczas kontaktu z Infolinią medyczną.
6. Konsultacje lekarskie dostępne w ramach Wariantu ubezpieczenia z zakresu:
   – podstawowej opieki zdrowotnej będą udzielane w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia konsultantowi Infolinii medycznej potrzeby ich uzyskania, najpóźniej do końca następnego Dnia roboczego, w godzinach pracy Placówek medycznych;
   – opieki specjalistycznej będą udzielane najpóźniej w ciągu 5 Dni roboczych od momentu zgłoszenia konsultantowi Infolinii medycznej potrzeby ich uzyskania, w godzinach pracy Placówek medycznych.

   Gwarancja dostępności, o której mowa w zdaniu powyżej, jest udzielona pod warunkiem realizacji usługi przez dowolnego lekarza danej specjalizacji i dowolną Placówkę medyczną wskazaną za pośrednictwem Infolinii medycznej.
7. W przypadku wskazania przez Ubezpieczonego preferencji dotyczących: lokalizacji Placówki medycznej, lekarza lub terminu konsultacji lekarskiej, nie obowiązują parametry dostępności określone w ust. 6, a terminy Konsultacji lekarskich dostępnych w ramach Wariantu ubezpieczenia są ustalane indywidualnie, z uwzględnieniem dostępności danego Świadczenia zdrowotnego.

§ 18. KIEDY I W JAKI SPOSÓB ALLIANZ ŻYCIE ZWRACA UBEZPIECZONEMU KOSZTY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH?

Pamiętaj, że Allianz Życie zapewnia zwrot kosztów Świadczeń zdrowotnych poniesionych przez Ubezpieczonego jeżeli realizacja Świadczenia zdrowotnego w Sieci placówek medycznych współpracujących z Allianz nie jest możliwa lub jeżeli Ubezpieczony chce skorzystać ze Świadczeń zdrowotnych w Placówce medycznej poza Siecią. Aby skorzystać z refundacji nie musisz posiadać zgody Allianz, poza koniecznością akceptacji przez konsultantów Infolinii medycznej Allianz Życie, pokrycia kosztów Wizyty domowej.

1. W razie:
   1) braku możliwości realizacji Świadczenia zdrowotnego, należnego Ubezpieczonemu zgodnie z posiadanym przez tego Ubezpieczonego Wariantem ubezpieczenia, w Placówce medycznej wskazanej przez Allianz Życie

   albo
   2) chęci skorzystania ze Świadczenia zdrowotnego, dostępnego w ramach posiadanego przez danego Ubezpieczonego Wariantu ubezpieczenia, w Placówce medycznej poza Siecią

   Allianz Życie zapewnia zwrot poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów Świadczeń zdrowotnych.
2. Zwrot poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów Świadczeń zdrowotnych, wymagających zgodnie z treścią załącznika nr 1 do niniejszych o.w.u. Skierowania lekarskiego, jest możliwy wyłącznie gdy w dacie skorzystania przez Ubezpieczonego ze Świadczeń zdrowotnych, Ubezpieczony posiadał Skierowanie lekarskie na dane Świadczenie zdrowotne.

Allianz Życie zapewnia zwrot kosztów Świadczeń zdrowotnych jeżeli Ubezpieczony posiada Skierowanie lekarskie.

3. Skorzystanie z możliwości, o której mowa w ust. 1 powyżej, nie wymaga uprzedniej akceptacji Allianz Życie za pośrednictwem Infolinii medycznej, z zastrzeżeniem ust. 9.
4. Allianz Życie w przypadkach wymienionych w ust. 1 zwraca koszty Świadczeń zdrowotnych maksymalnie do wysokości określonej w cenniku refundacyjnym wskazanym w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u., na podstawie:
   1) pisemnego zgłoszenia roszczenia na formularzu Allianz Życie (wniosku refundacyjnym dostępnym na stronie www.allianz.pl);
   2) dowodów poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów Świadczeń zdrowotnych, zawierających szczegółową specyfikację uwzględniającą:
      – imię, nazwisko, PESEL lub datę urodzenia lub adres Ubezpieczonego, któremu zostało udzielone Świadczenie zdrowotne;
      – wskazanie lekarza specjalisty, z porady którego korzystał Ubezpieczony;
      – wykaz Świadczeń zdrowotnych, objętych zakresem ubezpieczenia, z których korzystał Ubezpieczony;
      – datę wykonanych Świadczeń zdrowotnych;
      – cenę poszczególnych Świadczeń zdrowotnych.
   3) kserokopii Skierowania lekarskiego w przypadku Świadczeń zdrowotnych wymagających zgodnie z treścią załącznika nr 1 do niniejszych o.w.u. Skierowania lekarskiego.

Zwrócimy Ubezpieczonym koszty Świadczeń zdrowotnych do wysokości określonej w cenniku refundacyjnym wymienionym w załączniku nr 1, który znajdziesz na końcu dokumentu.
Ubezpieczony musi przesłać do Allianz Życie (adres podany jest we wniosku refundacyjnym): wypełniony i podpisany wniosek refundacyjny, dowody poniesionych kosztów (np. faktury, rachunki), kserokopię Skierowania lekarskiego. Pamiętaj aby na dowodach poniesionych kosztów znajdowały się: dane osoby, której udzielono świadczeń, wykaz świadczeń oraz cenę poszczególnych świadczeń.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 należy przesłać na adres Allianz Życie podany we wniosku refundacyjnym.
6. Allianz Życie wypłaca świadczenie w złotych polskich w terminie 30 dni licząc od daty zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

Pamiętaj, że im wcześniej zgłosisz roszczenie i dostarczysz wszystkie wymagane dokumenty, tym szybciej otrzymasz zwrot poniesionych kosztów Świadczeń zdrowotnych. Ubezpieczony wypłaty może spodziewać się w ciągu 30 dni od zawiadomienia o zdarzeniu, jednak jeżeli nie dostaniemy wymaganych dokumentów termin też może ulec zmianie.

7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności zwrotu poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów Świadczeń zdrowotnych okazało się niemożliwe, w tym z powodu niedostarczenia do Allianz Życie

dowodów poniesionych kosztów, zwrot kosztów leczenia nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz Życie powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Allianz Życie nie zwróci kosztów Świadczeń zdrowotnych, zawiadamia on na piśmie:
   1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
   2) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
8. Jeżeli zwrot poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów Świadczeń zdrowotnych nie przysługuje, Allianz Życie poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę zwrotu kosztów Świadczeń zdrowotnych. Informacja ta zawierać będzie także pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Allianz Życie nie ponosi odpowiedzialności za koszty Wizyt domowych, jeżeli zamiar każdorazowego umówienia Wizyty domowej nie został zgłoszony i zaakceptowany przez Infolinię medyczną.
10. Zwrotowi kosztów, o których mowa w ust. 1 nie podlegają Świadczenia zdrowotne wymienione w załączniku nr 1 w rozdziale V oraz Świadczenia zdrowotne z Rabatem.

Pamiętaj, że część Świadczeń zdrowotnych nie podlega refundacji. Przykładem może być odmowa pokrycia kosztów za Wizytę domową jeżeli Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej zgody Centrum Świadczeń Medycznych. Zwrotowi nie podlega również konsultacja lekarza dyżurnego oraz nie podlegają świadczenia, które rutynowo powinna obejmować konsultacja lekarska, a więc takich które były zrealizowane podczas konsultacji lekarskiej ale wymagały uiszczenia dodatkowej opłaty lub były niezrealizowane podczas konsultacji lekarskiej. Szczegółowa listę takich świadczeń znajdziesz w załączniku nr 1.

11. Zwrotowi kosztów, o których mowa w ust. 1 podlegają Świadczenia zdrowotne wymienione w załączniku nr 1 w rozdziale X. pkt 5 ppkt 8)-16), jeżeli ich wykonanie mieści się w cenie konsultacji, z której Ubezpieczony skorzysta w ramach Umowy ubezpieczenia. Allianz Życie nie odpowiada za zwrot kosztów Świadczeń zdrowotnych, o których mowa w zdaniu pierwszym, zrealizowanych za osobną opłatą, to jest:
    1) Świadczeń zdrowotnych niezrealizowanych podczas odbywania Konsultacji dostępnych w ramach Wariantu ubezpieczenia;
    2) Świadczeń zdrowotnych zrealizowanych podczas odbywania Konsultacji lekarskich dostępnych w ramach Wariantu ubezpieczenia, ale wymagających uiszczenia za nie osobnej opłaty (poza opłatą uiszczoną za konsultację lekarską).
12. W przypadku skorzystania ze Świadczeń zdrowotnych (z wyłączeniem świadczenia, o którym mowa w ust. 9 powyżej) w Placówce medycznej współpracującej z Allianz Życie posiadającej system EWKA ale nie zautoryzowanych przez Placówkę medyczną w systemie EWKA lub na Infolinii medycznej lub z pominięciem kontaktu z Infolinią medyczną, na skutek czego Ubezpieczony poniósł koszty wykonanych Świadczeń zdrowotnych, następuje zwrot poniesionych przez niego kosztów maksymalnie do wysokości określonej w cenniku refundacyjnym, wymienionym w załączniku nr 1 pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostawał w dacie skorzystania ze Świadczeń w ochronie, a wykonane Świadczenie zdrowotne mieściło się w posiadanym w tej dacie przez Ubezpieczonego Wariancie ubezpieczenia, chyba że postanowiono inaczej.

§ 19. KOMU WYPŁACIMY ŚWIADCZENIE NA WYPADEK ZGONU UBEZPIECZONEGO?

Do Ubezpieczonego należy wskazanie osób, które otrzymają świadczenie po jego śmierci. Zmiany dyspozycji można dokonać w każdym momencie trwania Umowy ubezpieczenia. Jeśli jednak Uposażeni nie zostaną wskazani, wówczas świadczenie z tytułu śmierci otrzymają osoby wymienione w ust. 10.

1. W razie zgonu Ubezpieczonego Allianz Życie wypłaca osobie uprawnionej do jego otrzymania świadczenie w wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego są:
   1) Uposażeni;
   2) osoby wymienione w ust. 10, jeżeli brak Uposażonych.
3. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego/Uposażonych jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek swego zgonu – zarówno przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
4. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 3.
5. Allianz Życie jest związany dokonaną zmianą, od dnia otrzymania pisemnego wniosku o wskazanie lub o zmianę Uposażonego.
6. Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek zgonu są wyznaczane z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji przez Ubezpieczonego.
7. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
8. Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą zgonu Ubezpieczonego.
9. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz Życie jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył albo utracił prawo do świadczenia, to jego część świadczenia przyjmują pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.
10. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo gdy żaden Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia – świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
    1) Współmałżonkowi;
    2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak Współmałżonka;
    3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i Współmałżonka;
    4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i Współmałżonka;
    5) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

§ 20. ODPRAWA POŚMIERTNA

W przypadku wskazania przez Głównego Ubezpieczonego jako Uposażonych osób uprawnionych do otrzymania z tytułu zgonu Ubezpieczonego odprawy pośmiertnej zgodnie z postanowieniami art. 93 Kodeksu pracy, czyli Uposażonych do Wysokości Kwoty Odprawy Pośmiertnej, Ubezpieczający (o ile odprawa pośmiertna jest należna od niego) zobowiązany jest do:
1) poinformowania Allianz Życie o zgonie Ubezpieczonego w terminie 7 dni od daty zajścia zdarzenia;
2) dostarczenia do Allianz Życie, w terminie 14 dni od poinformowania Allianz Życie o zdarzeniu, dokumentów wskazanych w § 21 ust. 10;
3) dostarczenia informacji o wysokości odprawy pośmiertnej przysługującej osobom uprawnionym zgodnie z art. 93 Kodeksu pracy;
4) dostarczenia pełnej listy osób uprawnionych do otrzymania od Ubezpieczającego odprawy pośmiertnej.

§ 21. NA JAKIEJ PODSTAWIE ALLIANZ ŻYCIE WYPŁACI ŚWIADCZENIE?

Osoba uprawniona do świadczenia powinna powiadomić Allianz Życie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego i przesłać druk zgłoszenia roszczenia wraz z innymi dokumentami koniecznymi do rozpatrzenia roszczenia. Wypłaty świadczenia uprawniony może spodziewać się w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu jednak jeżeli nie dostaniemy wymaganych dokumentów termin też może ulec zmianie.

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz Życie o tym zdarzeniu. Ubezpieczający lub Ubezpieczony powinien powiadomić Allianz Życie o tym zdarzeniu w terminie 30 dni od dnia jego zaistnienia. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca

Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania
3. Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Allianz Życie.
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji Allianz Życie przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:
   1) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia;
   2) zasadności zgłoszonych roszczeń;
   3) wysokości świadczenia;
   4) osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia;
   5) sposobu przekazania świadczenia.
5. Allianz Życie wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz Życie albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz Życie powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
7. Jeśli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Allianz Życie nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszająca roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia Jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz Życie poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie także pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. W przypadku Umów dodatkowych świadczenie jest wypłacane na podstawie druku zgłoszenia roszczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, wskazane w odpowiednich Umowach dodatkowych.
10. Osoba zgłaszająca roszczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego powinna dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz Życie, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
    1) odpis aktu zgonu;
    2) dokument potwierdzający tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie;
    3) karta statystyczna zgonu, o ile taką posiada;
    4) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz Życie, wskazane przez Allianz Życie osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
11. Dokumenty, o których mowa w ust. 10 oraz wskazane w Umowach dodatkowych należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez:
    1) organ wystawiający dany dokument;
    2) notariusza;
    3) osobę obsługującą polisę u Ubezpieczającego;
    4) przedstawiciela Allianz Życie.

CZĘŚĆ VI. UMOWY DODATKOWE

Poznaj szczegółowy zakres Umów dodatkowych, o które można rozszerzyć zakres ochrony ubezpieczeniowej.

§ 22. O JAKIE UMOWY DODATKOWE MOŻNA ROZSZERZYĆ ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA?

Ubezpieczający może rozszerzyć Umowę ubezpieczenia o Umowy dodatkowe wymienione w ustępach 1 – 18 niniejszego paragrafu. W sprawach nieuregulowanych w ustępach 1 –18 niniejszego paragrafu stosuje się pozostałe postanowienia niniejszych o.w.u. Jeżeli postanowienia Umów dodatkowych nie stanowią odmiennie, określenia, które zostały zdefiniowane w §1 ust. 2, używane są w postanowieniach Umów dodatkowych w takim samym znaczeniu.

1. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia zwrotu kosztów zakupu leków po leczeniu w szpitalu**

Z tą Umową dodatkową gwarantujemy zwrot kosztów zakupu leków, które przepisał lekarz przy wypisie ze szpitala. Allianz Życie zwraca koszty zakupu leków poniesionych w okresie 6 miesięcy liczonych od dnia wskazanego na karcie wypisowej leczenia szpitalnego, jako data wypisu ze szpitala, do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
   a) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszej Umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska;
   b) **Lek** – gotowy produkt leczniczy wprowadzony do obrotu pod określoną nazwą i w określonym opakowaniu w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.), posiadający ważne pozwolenie dopuszczenia do obrotu wydane przez Ministra Zdrowia, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską i tym samym wpisany do Rejestru Produktów Leczniczych;
   c) **Zamiennik leku** – lek dopuszczony do obrotu będący zamiennikiem leku oryginalnego, zawierający tę samą substancje czynną, tą samą postać, takie samo działanie farmakologiczne jak Lek oryginalny;
   d) **Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy dzień pobytu przyjmuje się dzień rejestracji w Szpitalu, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala.
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu przez czas określony w pkt 4), w celu leczenia Choroby lub doznanych obrażeń ciała, będących następstwem Wypadku, z zastrzeżeniem postanowień pkt 5), skutkującego koniecznością przyjmowania Leków wpisanych w zaleceniach lekarskich wskazanych na karcie wypisowej leczenia szpitalnego.
4) Allianz Życie dokona zwrotu kosztów zakupu Leków wpisanych w zaleceniach lekarskich wskazanych na karcie wypisowej leczenia szpitalnego lub ich Zamienników, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, w celu opisanym w pkt 3), trwał nieprzerwanie co najmniej:
   a) 4 dni – jeżeli był spowodowany Chorobą;
   b) 1 dzień – jeżeli był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczonego w następstwie Wypadku

i chociaż 1 dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu przypadał na czas ochrony świadczonej przez Allianz Życie.

5) Allianz Życie zwraca koszty zakupu Leków poniesionych w okresie 6 miesięcy liczonych od dnia wskazanego na karcie wypisowej leczenia szpitalnego jako data wypisu ze Szpitala, do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostawał w dacie zakupu Leków w ochronie.
6) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zwrotu kosztów zakupu leków po leczeniu w Szpitalu na zasadach określonych w §3 ust. 3 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem lub na zasadach określonych w §3 ust. 4 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Chorobą lub jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu związany był z:
   a) Wadami wrodzonymi lub schorzeniami związanymi z Wadami wrodzonymi;
   b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
   c) niezastosowaniem się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia, co w konsekwencji doprowadziło do konieczności pobytu w Szpitalu;
   d) rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której to leczenie było prowadzone – w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Chorobą.
7) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
   a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
   b) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
   c) dowody poniesionych kosztów zawierające:
      – imię, nazwisko, PESEL lub datę urodzenia lub adres Ubezpieczonego,
      – wykaz Leków,
      – cenę Leku;
   d) opis okoliczności Wypadku – w przypadku zdarzeń będących następstwem Wypadku;
   e) notatkę policyjną – w przypadku zawiadomienia policji;
   f) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone dochodzenie/śledztwo;
   g) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz Życie, wskazane przez Allianz Życie po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

2. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji**

Z tą Umową dodatkową masz pewność, że w razie potrzeby to my zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń rehabilitacyjnych we współpracujących z nami Placówkach medycznych; umowa obejmuje: zabiegi z zakresu kinezyterapii, zabiegi z zakresu fizykoterapii, ustalenie planu rehabilitacyjnego (wykaz zabiegów rehabilitacyjnych stanowi załącznik nr 2 do o.w.u.).

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
   a) **Wariant rehabilitacji** – zakres Świadczeń rehabilitacyjnych przysługujący Ubezpieczonemu w ramach zawartej Umowy dodatkowej;
   b) **Świadczenia rehabilitacyjne** – świadczenia określone w załączniku nr 2 do niniejszych o.w.u., zorganizowane dla Ubezpieczonego w Placówkach medycznych przy zachowaniu postanowień pkt 5) i 6);
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową, odpowiedzialność Allianz Życie w zakresie Umowy dodatkowej polega na pokryciu kosztów Świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych na rzecz Ubezpieczonego w okresie ochrony świadczonej przez Allianz Życie:
   a) zorganizowanych w Placówkach medycznych za pośrednictwem Infolinii medycznej Allianz Życie,
   b) zorganizowanych samodzielnie przez Ubezpieczonego w Placówkach medycznych posiadających system EWKA i realizujących Świadczenia rehabilitacyjne na rzecz Ubezpieczonych, pod warunkiem zautoryzowania Świadczeń rehabilitacyjnych przez Placówkę medyczną w systemie EWKA.
4) Odpowiedzialność Allianz Życie w stosunku do Dziecka objętego ochroną w ramach Pakietu Partnerskiego lub Pakietu Rodzinnego, rozpoczyna się w dniu następnym po dniu ukończenia przez dziecko 6. roku życia, przy zachowaniu postanowień zawartych w niniejszej Umowie dodatkowej.
5) Warunkiem zorganizowania przez Allianz Życie i pokrycia kosztów leczenia Świadczeń rehabilitacyjnych jest przestrzeganie przez Ubezpieczonego zasad określonych w §17 ust. 3 i 4 o.w.u.
6) Wszystkie wymienione w załączniku nr 2 Świadczenia rehabilitacyjne będą należne dla Ubezpieczonego, jeśli:
   a) wykonywane są na podstawie Skierowania lekarskiego, w okresie ochrony świadczonej przez Allianz Życie;
   b) istnieje możliwość ich wykonania w danej Placówce medycznej.
7) Allianz Życie nie organizuje i nie pokrywa kosztów Świadczeń rehabilitacyjnych powstałych z tytułu lub w następstwie:
   a) wskazań estetycznych i kosmetycznych (niezależnie od powodów ich wykonania);
   b) Wad wrodzonych i schorzeń związanych z Wadami wrodzonymi.
8) Allianz Życie nie pokrywa i nie zwraca kosztów Świadczeń rehabilitacyjnych wykonywanych w Placówkach medycznych poza Siecią.

3. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii bezgotówkowej**

W razie potrzeby zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia stomatologicznego we współpracujących z nami Placówkach medycznych; Umowa dodatkowa obejmuje zarówno Stomatologię zachowawczą, diagnostykę rentgenowską, jak i Chirurgię stomatologiczną; szczegółowy zakres Świadczeń stomatologii bezgotówkowej dostępny w ramach wybranego Wariantu stomatologii znajduje się w załączniku nr 3 do o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
   a) **Chirurgia stomatologiczna** – zabiegi wykonywane w obrębie wyrostka zębodołowego i tkanek miękkich jamy ustnej;
   b) **Leczenie endodontyczne** – pierwotne leczenie kanałowe polegające na usunięcie miazgi (nerwu) oraz opracowanie i zamknięcie powstałej przestrzeni w celu zapobieżenia proliferacji drobnoustrojów w obrębie układu kanałowego; nie obejmuje powtórnego leczenie kanałowe tzw. reendo;
   c) **Profilaktyczny przegląd stomatologiczny** – profilaktyczna wizyta u lekarza dentysty o charakterze informacyjnym polegająca na ocenie występowania stanu chorobowego i określeniu planu leczenia;
   d) **Stomatologia zachowawcza** – zapobieganie oraz leczenie skutków próchnicy i miazgi zębów wraz z leczeniem ubytków w zębach i Leczeniem endodontycznym;
   e) **Świadczenia stomatologii bezgotówkowej** – świadczenia z zakresu Chirurgii stomatologicznej, Profilaktycznego przeglądu stomatologicznego, Stomatologii zachowowczej, diagnostyki rentgenowskiej określone w załączniku nr 3 do niniejszych o.w.u, zorganizowane dla Ubezpieczonego w Placówkach medycznych przy zachowaniu postanowień pkt 4) i 5);
   f) **Wariant stomatologii** – zakres Świadczeń stomatologicznych przysługujący Ubezpieczonemu w ramach zawartej Umowy dodatkowej.
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową, odpowiedzialność Allianz Życie w zakresie Umowy dodatkowej polega na pokryciu kosztów Świadczeń stomatologii bezgotówkowej, udostępnionych Ubezpieczonemu w okresie ochrony świadczonej przez Allianz Życie, z zachowaniem postanowień pkt 8):
   a) zorganizowanych w Placówkach medycznych za pośrednictwem Infolinii medycznej Allianz Życie,
   b) zorganizowanych samodzielnie przez Ubezpieczonego w Placówkach medycznych posiadających system EWKA i realizujących Świadczenia stomatologii bezgotówkowej

na rzecz Ubezpieczonych, pod warunkiem zautoryzowania Świadczeń stomatologii bezgotówkowej przez Placówkę medyczną w systemie EWKA.

4) Warunkiem zorganizowania przez Allianz Życie i pokrycia kosztów Świadczeń stomatologii bezgotówkowej jest przestrzeganie przez Ubezpieczonego zasad określonych w § 17 ust. 3 i 4 o.w.u
5) Wszystkie wymienione w załączniku nr 3 do niniejszych o.w.u Świadczenia stomatologii bezgotówkowej będą zorganizowane dla Ubezpieczonego, jeśli istnieje możliwość ich wykonania w danej Placówce medycznej.
6) Allianz Życie w zakresie Świadczeń stomatologii bezgotówkowej nie odpowiada za:
   a) organizację ani pokrycie kosztów Świadczeń stomatologii bezgotówkowej innych niż dostępnych w ramach posiadanego przez danego Ubezpieczonego Wariantu stomatologii;
   b) leczenie ortodontyczne, protetyczne i leczenie ze względów estetycznych;
   c) odbudowę na implancie i rekonstrukcję zęba z użyciem wkładu koronowego lub koronowo-korzeniowego, odbudowę za pomocą włókna szklanego, korony ceramicznej, korony protetycznej, licówek porcelanowych;
   d) wszczepienie implantów;
   e) wybielanie zębów;
   f) fluoryzację, lakowanie;
   g) leczenia endodontyczne/kanałowe pod mikroskopem;
   h) operacyjne usunięcie lub odsłonięcie zęba zatrzymanego;
   i) operacyjne usunięcie zęba stałego.
7) Allianz Życie nie pokrywa i nie zwraca kosztów Świadczeń stomatologii bezgotówkowej wykonywanych w Placówkach medycznych poza Siecią.
8) Odpowiedzialność Allianz z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych w ramach Wariantu stomatologii wskazanego w załączniku nr 3 do niniejszych o.w.u. jako „Stomatologia", „Stomatologia profilaktyczna" rozpoczyna się po okresie 3 miesięcy (okres Karencji), liczonym od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

4. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej – 30/70**

Z tą Umową dodatkową gwarantujemy możliwość leczenia w dowolnej placówce stomatologicznej na terenie całego kraju; będziemy współuczestniczyli w finansowaniu Twojego leczenia stomatologicznego poprzez 30% refundację wydatków z tym związanych, do maksymalnej wysokości podanej w Umowie ubezpieczenia w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie; szczegółowy zakres Świadczeń stomatologii refundacyjnej znajduje się w załączniku nr 4 do o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenie oznacza: **Świadczenia z zakresu stomatologii refundacyjnej** – świadczenia określone w załączniku nr 4 do niniejszych o.w.u, zorganizowane samodzielnie przez Ubezpieczonego w dowolnie wybranym przez niego gabinecie lub poradni stomatologicznej działającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową, odpowiedzialność Allianz Życie w zakresie Umowy dodatkowej polega na zwrocie Ubezpieczonemu 30% poniesionych przez niego kosztów leczenia Świadczeń z zakresu stomatologii refundacyjnej, z zastrzeżeniem, że łączny zwrot kosztów w 12 miesięcznych okresach ochrony w stosunku do danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć wysokości świadczenia określonej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.
4) Allianz Życie w nie odpowiada za:
   a) organizację i pokrycie kosztów Świadczeń z zakresu stomatologii refundacyjnej nie wskazanych w załączniku nr 4 do niniejszych o.w.u.;
   b) leczenie ortodontyczne, protetyczne i leczenie ze względów estetycznych;
   c) odbudowę na implancie i rekonstrukcję zęba z użyciem wkładu koronowego lub koronowo-korzeniowego, odbudowę za pomocą włókna szklanego, korony ceramicznej, korony protetycznej, licówek porcelanowych;
   d) wszczepienie implantów;
   e) wybielanie zębów;
   f) fluoryzację, lakowanie, piaskowanie;
   g) usuwanie kamienia nazębnego.

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

5) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
   a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
   b) dowody poniesionych kosztów, wskazujące wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł w związku z leczeniem; dowody poniesionych kosztów powinny uwzględniać:
      – imię, nazwisko, PESEL lub datę urodzenia lub adres Ubezpieczonego, któremu zostały wykonane Świadczenia z zakresu stomatologii refundacyjnej;
      – wykaz wykonanych Świadczeń z zakresu stomatologii refundacyjnej;
      – cenę poszczególnych Świadczeń z zakresu stomatologii refundacyjnej.
   c) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz Życie lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz Życie po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

5. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej – 50/50**

Z tą Umową dodatkową gwarantujemy możliwość leczenia w dowolnej placówce stomatologicznej na terenie całego kraju; będziemy współuczestniczyli w finansowaniu Twojego leczenia stomatologicznego poprzez 50% refundację wydatków z tym związanych, do maksymalnej wysokości podanej w Umowie ubezpieczenia w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie; szczegółowy zakres Świadczeń stomatologii refundacyjnej znajduje się w załączniku nr 5 do o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenie oznacza: **Świadczenia z zakresu stomatologii refundacyjnej** – świadczenia określone w załączniku nr 5 do niniejszych o.w.u, zorganizowane samodzielnie przez Ubezpieczonego w dowolnie wybranym przez niego gabinecie lub poradni stomatologicznej działającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową, odpowiedzialność Allianz Życie w zakresie Umowy dodatkowej polega na zwrocie Ubezpieczonemu 50% poniesionych przez niego kosztów leczenia Świadczeń z zakresu stomatologii refundacyjnej, z zastrzeżeniem, że łączny zwrot kosztów w 12 miesięcznych okresach ochrony w stosunku do danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć wysokości świadczenia określonej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.
4) Allianz Życie nie odpowiada za:
   a) organizację i pokrycie kosztów Świadczeń z zakresu stomatologii refundacyjnej nie wskazanych w załączniku nr 5 do niniejszych o.w.u.;
   b) leczenie ortodontyczne, protetyczne i leczenie ze względów estetycznych;
   c) odbudowę na implancie i rekonstrukcję zęba z użyciem wkładu koronowego lub koronowo-korzeniowego, odbudowę za pomocą włókna szklanego, korony ceramicznej, korony protetycznej, licówek porcelanowych;
   d) wszczepienie implantów;
   e) wybielanie zębów;
   f) fluoryzację, lakowanie, piaskowanie;
   g) usuwanie kamienia nazębnego.

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

5) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
   a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,

b) dowody poniesionych kosztów, wskazujące wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł w związku z leczeniem; dowody poniesionych kosztów powinny uwzględniać:
   – imię, nazwisko, PESEL lub datę urodzenia lub adres Ubezpieczonego, któremu zostały wykonane Świadczenia z zakresu stomatologii refundacyjnej;
   – wykaz wykonanych Świadczeń z zakresu stomatologii refundacyjnej;
   – cenę poszczególnych Świadczeń z zakresu stomatologii refundacyjnej.
c) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz Życie lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz Życie po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

6. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu chirurgii jednego dnia**

Zadbamy o komfort leczenia w sytuacji, kiedy okaże się, że konieczne jest wykonanie zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia; dzięki nam nie trzeba martwić się o długi czas oczekiwania na termin zabiegu; lista zabiegów, za które zrefundujemy koszty zabiegów, to aż kilkadziesiąt pozycji (wykaz zabiegów stanowi załącznik nr 6 do o.w.u.)

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
   a) **Chirurgia jednego dnia** – leczenie zabiegowe przeprowadzone w trakcie hospitalizacji trwającej nie dłużej niż 5 pełnych dób, pod warunkiem że zabieg z zakresu chirurgii jednego dnia, został przeprowadzony w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
   b) **Zakład opieki zdrowotnej** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową, odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na poddaniu się przez Ubezpieczonego zabiegowi Chirurgii jednego dnia określonemu w załączniku nr 6 do niniejszych o.w.u., związanemu:
   a) z Chorobą zdiagnozowaną po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej

   lub
   b) z doznanymi obrażeniami ciała, będącymi następstwem Wypadku zaistniałego w okresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4) Odpowiedzialność Allianz Życie obejmuje zwrot Ubezpieczonemu kosztów leczenia poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w związku z wykonaniem opisanego w załączniku nr 6 do niniejszych o.w.u., zabiegu z zakresu Chirurgii jednego dnia, objętego ochroną ubezpieczeniową.
5) Allianz Życie potwierdzi w polisie i certyfikacie maksymalną wysokość kwoty refundacji poniesionych kosztów leczenia, o których mowa w pkt. 4), za wszystkie zabiegi wykonane w każdym 12 miesięcznym okresie ochrony, liczonym od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.
6) Przez koszty leczenia poniesione w związku z wykonaniem opisanego w załączniku nr 6 do niniejszych o.w.u. zabiegu z zakresu Chirurgii jednego dnia należy rozumieć koszty poniesione w trakcie pobytu w Zakładzie opieki zdrowotnej, do których należą:
   a) koszty zabiegu z zakresu Chirurgii jednego dnia,
   b) koszty znieczulenia,
   c) koszty hospitalizacji,
   d) koszty opieki pielęgniarskiej,
   e) koszty lekarstw, transfuzji krwi, osocza, płynów dożylnych, iniekcji, środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji lub zabiegu z zakresu Chirurgii jednego dnia,
   f) koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych podczas hospitalizacji,
   g) koszty jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu z zakresu Chirurgii jednego dnia.
7) Przez okres pierwszych 3 miesięcy (okres Karencji), licząc od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną w ramach niniejszej Umowy dodatkowej do ostatniego dnia trzeciego miesiąca, następującego po dniu objęcia ochroną, odpowiedzialność Allianz Życie wynikająca z Umowy dodatkowej względem danego Ubezpieczonego ograniczona jest do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem.
8) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu leczenia Ubezpieczonego z zakresie Chirurgii jednego dnia na zasadach określonych w §3 ust. 3 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem lub na zasadach określonych w §3 ust. 4 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Chorobą lub w sytuacji, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe było wynikiem:
   a) Chorób przewlekłych oraz Chorób zdiagnozowanych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
   b) Wad wrodzonych lub schorzeń związanych z Wadami wrodzonymi,
   c) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

9) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
   a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
   b) kompletną dokumentację medyczną związaną ze schorzeniem, będącym przyczyną wykonania zabiegu z zakresu Chirurgii jednego dnia,
   c) opis okoliczności Wypadku – w przypadku zdarzeń będących następstwem Wypadku,
   d) notatkę policyjną – w przypadku zawiadomienia policji,
   e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone dochodzenie/śledztwo,
   f) skierowanie na wykonanie zabiegu z zakresu Chirurgii jednego dnia wydane przez uprawnionego do tego lekarza – w przypadku, gdy zostało wystawione,
   g) dowody poniesionych kosztów wystawione przez Zakład opieki zdrowotnej, wskazujące wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł w związku z wykonaniem zabiegu z zakresu Chirurgii jednego dnia.

7. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia operacyjnego Ubezpieczonego**

Ubezpieczenie chroni w razie wystąpienia konieczności podjęcia leczenia operacyjnego w wyniku Wypadku lub Choroby; z tą Umową dodatkową otrzymasz wsparcie finansowe po odbytym leczeniu operacyjnym; wysokość świadczenia zależy od grupy, do której zakwalifikowana została wykonana operacja; Operacje, w przypadku, których Allianz Życie wypłaca świadczenie są określone w tabeli stanowiącej załącznik nr 7 do niniejszych o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
   a) **Reoperacja** – operacja na narządach uprzednio operowanych, związana z tą samą Chorobą, która była powodem uprzednio przeprowadzonej operacji, wykonana w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
   b) **Zabieg operacyjny** – leczenie chirurgiczne przeprowadzone w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, w trakcie hospitalizacji, wykonane w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia stanu chorobowego zdiagnozowanego u Ubezpieczonego i określonego w dokumentacji medycznej, z tym zastrzeżeniem, że Zabiegiem operacyjnym w rozumieniu niniejszej Umowy dodatkowej, nie jest zabieg:
   – prowadzony w celach diagnostycznych;
   – wykonywany w warunkach ambulatoryjnych;
   – dotyczący tylko skóry i tkanki podskórnej;
   – związany z leczeniem Wad wrodzonych i schorzeń związanych z Wadami wrodzonymi;

– przeprowadzony w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
– cięcia cesarskiego.

2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe, polegające na poddaniu się przez Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony, Zabiegowi operacyjnemu określonemu w załączniku nr 7 do niniejszych o.w.u., związanemu:
   a) z Chorobą zdiagnozowaną w okresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej

   lub
   b) z doznanymi obrażeniami ciała, będącymi następstwem Wypadku zaistniałego w okresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień pkt 6) – 7).
4) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, Allianz Życie wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej, z uwzględnieniem poniższych postanowień.
5) Wysokość świadczenia zostanie ustalona w zależności od określonej w załączniku nr 7 do niniejszych o.w.u. kategorii trudności Zabiegu operacyjnego, jakiemu został poddany Ubezpieczony:
   a) wysokość świadczenia za operacje kategorii A jest równa kwocie bazowej, wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej;
   b) wysokość świadczenia za operacje kategorii B jest równa dwukrotności kwoty bazowej, wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej;
   c) wysokość świadczenia za operacje kategorii C jest równa trzykrotności kwoty bazowej, wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.
6) Jeżeli na skutek jednego Wypadku Ubezpieczony ma wykonany więcej niż jeden Zabieg operacyjny w obrębie tego samego narządu, Allianz Życie wypłaci jedno świadczenie za Zabieg operacyjny o najwyższej wartości świadczenia, określony w Załączniku nr 7 do niniejszych o.w.u. Jeżeli na skutek Choroby, w trakcie jednego pobytu w sali operacyjnej, Ubezpieczony ma wykonany więcej niż jeden Zabieg operacyjny w obrębie tego samego narządu, Allianz Życie wypłaci jedno świadczenie za Zabieg operacyjny o najwyższej wartości świadczenia, określony w Załączniku nr 7 do niniejszych o.w.u.
7) Allianz Życie ponosi odpowiedzialność za Reoperacje lub Zabiegi operacyjne, których konieczność wykonania była związana z poprzednio wykonywanym u Ubezpieczonego Zabiegiem operacyjnym, jeżeli przerwa pomiędzy Zabiegami operacyjnymi, liczona od dnia wykonania poprzedniego Zabiegu operacyjnego do dnia wykonania kolejnego Zabiegu operacyjnego jest dłuższa niż 6 miesięcy.
8) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu leczenia operacyjnego Ubezpieczonego na zasadach określonych w §3 ust. 3 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem lub na zasadach określonych w §3 ust. 4 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Chorobą.

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

9) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
   a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
   b) kompletną dokumentację medyczną związaną z danym Zabiegiem operacyjnym;
   c) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
   d) opis okoliczności Wypadku – w przypadku zdarzeń będących następstwem Wypadku;
   e) notatkę policyjną – w przypadku zawiadomienia policji;
   f) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone dochodzenie/śledztwo.

8. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie Wypadku lub Choroby**

W ramach tej Umowy dodatkowej zapewniamy wypłatę dziennego świadczenia za nieprzerwany pobyt w szpitalu związany z Chorobą lub Wypadkiem. Finansowanie to może dotyczyć aż 180 dni pobytu w szpitalu. Dodatkowo w sytuacji, gdy pobyt w szpitalu trwa nieprzerwanie 180 dni, Allianz wypłaca świadczenie w podwójnej wysokości.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
   a) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej, lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za Szpital w rozumieniu niniejszej Umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium i uzdrowiska;
   b) **Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy dzień pobytu przyjmuje się dzień rejestracji w Szpitalu, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala.
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu przez czas określony w pkt 5), w celu leczenia Choroby lub doznanych obrażeń ciała, będących następstwem Wypadku, z zastrzeżeniem postanowień pkt 6) – 8). Ochroną objęty jest okres Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu ograniczony datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony świadczonej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
4) W razie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, Allianz Życie wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej, z uwzględnieniem postanowień pkt 5).
5) Allianz Życie wypłaci świadczenie, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, w celu opisanym w pkt 3), trwał nieprzerwanie co najmniej:
   a) 4 dni – jeżeli był spowodowany Chorobą;
   b) 1 dzień – jeżeli był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczonego w następstwie Wypadku;
6) Maksymalna wysokość świadczenia Allianz Życie z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w 12-miesięcznych okresach ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć wysokości świadczenia za 180 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, Allianz Życie wypłaci świadczenie w podwójnej wysokości w stosunku do ustalonego dla niniejszej Umowy dodatkowej.
7) Dni objęte przepustką w trakcie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu nie są wliczane do okresu pobytu, o którym mowa w pkt 5) i 6) powyżej, a świadczenie za te dni nie przysługuje.
8) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu na zasadach określonych w § 3 ust. 3 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem lub na zasadach określonych w §3 ust. 4 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Chorobą lub jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu związany był z:
   a) Wadami wrodzonymi lub schorzeniami związanymi z Wadami wrodzonymi;
   b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków Wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
   c) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia, co w konsekwencji doprowadziło do konieczności pobytu w Szpitalu;
   d) rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której to leczenie było prowadzone – w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Chorobą.

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

9) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
   a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
   b) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
   c) opis okoliczności Wypadku – w przypadku zdarzeń będących następstwem Wypadku;
   d) notatkę policyjną – w przypadku zawiadomienia policji;
   e) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz Życie, wskazane przez Allianz Życie po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia;
   f) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone dochodzenie/śledztwo.

9. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego**

Ubezpieczenie zapewnia dodatkowe zabezpieczenie finansowe dla Ubezpieczonego w sytuacji, kiedy musi on przejść poważne leczenie specjalistyczne: Chemioterapię lub Radioterapię, Terapię interferonową, Ablację, Dializoterapię, Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora, wszczepienia Rozrusznika serca.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
   a) **Ablacja** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej, w celu leczenia zaburzeń rytmu serca;
   b) **Dializoterapia** – leczenie niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej, trwające przez okres co najmniej trzech miesięcy;
   c) **Niewydolność nerek** – przewlekła niewydolność nerek spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca:
      i. regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub
      ii. przeszczepu nerki;
      rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepienia;
   d) **Leczenie onkologiczne** – rozpoczęcie leczenia choroby nowotworowej, przy pomocy:
      i. **Chemioterapii** – metodą systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków chemioterapeutycznych według klasyfikacji ATC; leczenie powinno być zalecone przez lekarza specjalistę: onkologa lub hematologa; za chemioterapię nie uznaje się leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych; albo
      ii. **Radioterapii** – leczenia choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
      przy czym przez rozpoczęcie leczenia rozumie się wdrożenie w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej pierwszej procedury leczniczej (chemioterapii albo radioterapii) w ramach leczenia danej choroby nowotworowej;
   e) **Kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną wszczepiane chorym, którzy mają poważne zaburzenia rytmu pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia;
   f) **Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C** – zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, pod warunkiem spełnienia wszystkich poniższych kryteriów:
      i. utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
      ii. stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), lub HCV RNA (+),
      iii. ujawnienie się co najmniej dwóch klinicznych cech niewydolności wątroby (np. żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza, encefalopatii wątrobowej);
   g) **Rozrusznik serca** – stymulator serca/kardiostymulator, urządzenie elektroniczne służące do pobudzania rytmu serca, wszczepiane do ciała chorego;
   h) **Stwardnienie rozsiane** – 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 z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej; rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie danych klinicznych i wyników badań dodatkowych, opartych na badaniu metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego lub badaniu potencjałów wywołanych;
   i) **Terapia interferonowa** w zakresie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego – podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego.
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową, odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe, polegające na zastosowaniu wobec Ubezpieczonego następujących metod leczenia specjalistycznego, które odpowiadają pojęciom zdefiniowanym w pkt 1):
   a) Leczenia onkologicznego,
   b) Terapii interferonowej w zakresie leczenia Przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub Stwardnienia rozsianego,
   c) wszczepienia Kardiowertera/ defibrylatora,
   d) wszczepienia Rozrusznika serca,
   e) Ablacji,
   f) Dializoterapii
   w okresie świadczonej przez Allianz Życie wobec danego Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień pkt 5) – 7).
4) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego odpowiedzialnością w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, Allianz Życie wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.
5) Allianz Życie wypłaca jedno świadczenie w przypadku stosowania u danego Ubezpieczonego zarówno leczenia specjalistycznego będącego Chemioterapią, jak i leczenia specjalistycznego będącego Radioterapią, o ile oba te leczenia spowodowane są tą samą jednostką chorobową lub zachodzi związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zastosowaniem obu tych metod Leczenia onkologicznego.
6) Kolejne świadczenie Allianz Życie wypłaca w przypadku braku związku przyczynowo – skutkowego z poprzednio uznanym świadczeniem z tytułu leczenia specjalistycznego.
7) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego na zasadach określonych w §3 ust. 4, oraz jeżeli leczenie specjalistyczne związane było z niezastosowaniem się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Allianz Życie nie obejmuje także specjalistycznego leczenia:
   a) które zostało zalecone Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
   b) którego przyczyny zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
8) W razie zastosowania leczenia specjalistycznego Allianz Życie wypłaci świadczenie w wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej, po potwierdzeniu, iż w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej doszło do:
   a) rozpoczęcia Leczenia onkologicznego, tj. wdrożenia pierwszej procedury leczniczej (Chemioterapii albo Radioterapii) w ramach leczenia danej choroby nowotworowej (podania pierwszego cyklu terapeutycznego w przypadku Chemioterapii albo rozpoczęcia pierwszego cyklu napromieniowania jonizującego w przypadku Radioterapii),

b) rozpoczęcia pierwszego cyklu Terapii interferonowej w zakresie leczenia Przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub Stwardnienia rozsianego,
c) wszczepienia Kardiowertera/defibrylatora,
d) Wszczepienia rozrusznika serca,
e) wykonania Ablacji,
f) przeprowadzenia Dializoterapii,
z zastrzeżeniem punktów poniższych oraz pkt 5) – 7).

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

9) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
b) kompletną dokumentację medyczną związaną z leczeniem specjalistycznym, w tym dokumentację potwierdzającą zastosowanie wobec Ubezpieczonego leczenia specjalistycznego zgodnego z przyjętą w niniejszych o.w.u. definicją oraz wystąpienie Chorób uzasadniających zastosowanie tego leczenia;
c) kartę informacyjną leczenia szpitalnego – jeśli miało miejsce.
10) W razie zgłoszenia roszczenia Allianz Życie zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Allianz Życie lekarza w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym punkcie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w Placówkach medycznych wskazanych przez Allianz Życie. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Allianz Życie.
11) Uznanie roszczenia z tytułu leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego przez Allianz Życie nie wyklucza możliwości uznania roszczenia z tytułu innych Umów dodatkowych w ramach których Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową, nawet jeśli dotyczą one tej samej Choroby, z powodu której zastosowano leczenie specjalistyczne.

10. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia rekonwalescencji lub pobytu Ubezpieczonego w sanatorium**

Z tą Umową dodatkową w przypadku nieprzerwanej 14 dniowej rekonwalescencji Ubezpieczonego następującej bezpośrednio po min.7 dniowym pobycie w szpitalu lub w przypadku pobytu w sanatorium po przebytym leczeniu szpitalnym wypłacimy jednorazowe świadczenie

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
a) **Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy dzień pobytu przyjmuje się dzień rejestracji w szpitalu, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala.
b) **Rekonwalescencja** – pobyt na zwolnieniu lekarskim, który trwa minimum 14 dni bezpośrednio po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu trwającym nieprzerwanie 7 dni;
c) **Sanatorium** – zakład leczniczy wykorzystujący walory klimatyczne, przyrodnicze i naturalne, zlokalizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony dla osób przewlekle chorych i rekonwalescentów, wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego, działający zgodnie z przepisami prawa.
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe, polegające na:
a) Rekonwalescencji trwającej nieprzerwanie minimum 14 dni, bezpośrednio po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu trwającym nieprzerwanie 7dni na podstawie zwolnienia lekarskiego wystawionego przez lekarza szpitala, w którym odbywała się hospitalizacja, z zastrzeżeniem, iż ochroną objęta jest Rekonwalescencja, która rozpocznie się w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego;

lub

b) pobycie w Sanatorium na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza szpitala, w którym przebywał Ubezpieczony, z zastrzeżeniem, że ochroną objęty jest pobyt w Sanatorium, który rozpocznie się w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego.
4) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, Allianz Życie wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.
5) W przypadku gdy Ubezpieczonym jest Dziecko zwolnienie lekarskie z powodu konieczności sprawowania opieki nad Dzieckiem do 14 roku życia, może być wystawione na Przedstawiciela ustawowego tego Dziecka.
6) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu Rekonwalescencji i pobytu Ubezpieczonego w Sanatorium na zasadach określonych w §3 ust. 3 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem lub na zasadach określonych w §3 ust. 4 w odniesieniu do zdarzeń nie będących następstwem Wypadku lub jeżeli Rekonwalescencja lub pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium związany był z:
a) Wadami wrodzonymi lub schorzeniami związanymi z Wadami wrodzonymi;
b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
c) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

7) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
b) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
c) opis okoliczności Wypadku – w przypadku zdarzeń będących następstwem Wypadku;
d) notatkę policyjną – w przypadku zawiadomienia policji;
e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone dochodzenie/śledztwo;
f) druk ZUS ZLA wystawiony przez uprawnionego do tego lekarza – w przypadku świadczenia z tytułu Rekonwalescencji;
g) skierowanie na pobyt w sanatorium wydane przez uprawnionego do tego lekarza oraz dokumentację medyczną potwierdzającą pobyt w Sanatorium – w przypadku pobytu w Sanatorium;
h) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz Życie, wskazane przez Allianz Życie po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

11. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby układu krążenia**

Allianz Życie zapewni wsparcie finansowe w przypadku wystąpienia poważnych chorób układu krążenia: choroby aorty brzusznej i piersiowej, kardiomiopatii, masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, przeszczepu tętnicy płucnej, zabiegów kardiochirurgicznych w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, zabiegów kardiochirurgicznych wymiany zastawki, zawału serca. Listę z dokładnym opisem znajdziesz w załącznikach 8A) do niniejszych o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenie oznacza:
Poważne zachorowanie – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Choroby/Chorób wskazanych w załączniku nr 8A) do niniejszych o.w.u. lub poddanie się zabiegom operacyjnym wskazanym w załączniku nr 8A) do niniejszych o.w.u., pod warunkiem że Choroby wskazane w załączniku nr 8A) do niniejszych o.w.u. lub Choroby będące przyczyną dokonania

zabiegów wskazanych w załączniku nr 8A) do niniejszych o.w.u., zostaną po raz pierwszy zdiagnozowane w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty pierwszej diagnozy Choroby wskazanej w załączniku nr 8A) do niniejszych o.w.u. lub poddania się zabiegowi operacyjnemu wskazanemu w załączniku nr 8A) do niniejszych o.w.u.;

2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na Poważnym zachorowaniu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4) – 6). Niniejsza Umowa dodatkowa obejmuje zachorowania i zabiegi operacyjne wymienione w załączniku nr 8A) do niniejszych o.w.u.
4) Poważnego zachorowania obejmowanego odpowiedzialnością Allianz Życie, w rozumieniu niniejszej Umowy dodatkowej, nie stanowi:
   a) Choroba wymieniona w załączniku nr 8A) do niniejszych o.w.u., jeżeli została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
   b) zabieg operacyjny wymieniony w załączniku nr 8A) do niniejszych o.w.u., jeżeli Choroba będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu została zdiagnozowana po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli z powodu tej Choroby rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5) Z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego Zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Allianz Życie z tytułu kolejnych Poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne Poważne zachorowania, zgodnie z wiedzą medyczną, nie wynikają z Poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie, oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.
6) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na zasadach określonych w §3 ust. 3 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem lub na zasadach określonych w §3 ust. 4 w odniesieniu do zdarzeń nie będących następstwem Wypadku.
7) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt 3), Allianz Życie wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.
8) W razie Poważnego zachorowania, Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
9) Zgodnie z pkt 1) zgłoszenie roszczenia powinno nastąpić po upływie 30 dni od daty pierwszej diagnozy Choroby lub poddania się zabiegowi operacyjnemu.

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

10) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
    a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
    b) kompletną dokumentację medyczną związaną z rozpoznaną Chorobą lub odpowiednio przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym, w tym wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą w niniejszych o.w.u. definicją;
    c) opis okoliczności Wypadku – w przypadku zdarzeń będących następstwem Wypadku;
    d) notatkę policyjną – w przypadku zawiadomienia policji;
    e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone dochodzenie/śledztwo;
    f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialno ści Allianz Życie lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz Życie po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
11) W razie zgłoszenia roszczenia, Allianz Życie zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Allianz Życie lekarza w zakresie i o częstotliwości uzasadnionej względami medycznymi. Wymienione w tym punkcie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w zakładach opieki zdrowotnej wskazanych przez Allianz Życie. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Allianz Życie.

12. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby nowotworowe i układu nerwowego**

Umowa, która zapewnia pomoc finansową w razie wystąpienia u Ubezpieczonego poważnych chorób nowotworowych i układu nerwowego: choroby Alzheimera, choroby Creutzfelda-Jakoba, choroby Huntingtona (Pląsawicy Huntingtona), choroby Parkinsona, choroby neuronu ruchowego, łagodnego guza śródczaszkowego, łagodnego guza mózgu leczonego operacyjnie, łagodnego guza rdzenia leczonego operacyjnie, nowotworów, paraliżu, postępującego porażenie nadjądrowe, stwardnienia rozsianego, udaru mózgu. Listę z dokładnym opisem znajdziesz w załącznikach 8B) do niniejszych o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2, zaś poniższe określenie oznacza: **Poważne zachorowanie** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Choroby/Chorób wskazanych w załączniku nr 8B) do niniejszych o.w.u. lub poddanie się zabiegom operacyjnym wskazanym w załączniku nr 8B) do niniejszych o.w.u., pod warunkiem że Choroby wskazane w załączniku nr 8B) do niniejszych o.w.u. lub Choroby będące przyczyną dokonania zabiegów wskazanych w załączniku nr 8B) do niniejszych o.w.u., zostaną po raz pierwszy zdiagnozowane w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty pierwszej diagnozy Choroby wskazanej w załączniku nr 8B) do niniejszych o.w.u. lub poddania się zabiegowi operacyjnemu wskazanemu w załączniku nr 8B) do niniejszych o.w.u.;
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na Poważnym zachorowaniu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4) – 6). Niniejsza Umowa dodatkowa obejmuje zachorowania i zabiegi operacyjne wymienione w załączniku nr 8B) do niniejszych o.w.u.
4) Poważnego zachorowania obejmowanego odpowiedzialnością Allianz Życie, w rozumieniu niniejszej Umowy dodatkowej, nie stanowi:
   a) Choroba wymieniona w załączniku nr 8B) do niniejszych o.w.u., jeżeli została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
   b) zabieg operacyjny wymieniony w załączniku nr 8B) do niniejszych o.w.u., jeżeli Choroba będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu została zdiagnozowana po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli z powodu tej Choroby rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5) Z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Allianz Życie z tytułu kolejnych Poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne Poważne zachorowania, zgodnie z wiedzą medyczną, nie wynikają z Poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie, oraz nie stanowią tej samej

jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.
6) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na zasadach określonych w §3 ust. 3 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem lub na zasadach określonych w §3 ust. 4 w odniesieniu do zdarzeń nie będących następstwem Wypadku.
7) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 3, Allianz Życie wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.
8) W razie Poważnego zachorowania, Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
9) Zgodnie z pkt 1) zgłoszenie roszczenia powinno nastąpić po upływie 30 dni od daty pierwszej diagnozy Choroby lub poddania się zabiegowi operacyjnemu.

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

10) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
   a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
   b) kompletną dokumentację medyczną związaną z rozpoznaną Chorobą lub odpowiednio przeprowadzonym zabiegiem, w tym wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą w niniejszych o.w.u. definicją;
   c) opis okoliczności Wypadku – w przypadku zdarzeń będących następstwem Wypadku;
   d) notatkę policyjną – w przypadku zawiadomienia policji;
   e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone dochodzenie/śledztwo;
   f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz Życie lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz Życie po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
11) W razie zgłoszenia roszczenia, Allianz Życie zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Allianz Życie lekarza w zakresie i o częstotliwości uzasadnionej względami medycznymi. Wymienione w tym punkcie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w zakładach opieki zdrowotnej wskazanych przez Allianz Życie. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Allianz Życie.

13. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – zakażenia**

Umowa, która zapewnia pomoc finansową w razie wystąpienia u Ubezpieczonego poważnych chorób zawiązanych z zakażeniem, do których zaliczamy: bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, bakteryjne zapalenia wsierdzia, bąblowicę mózgu, boreliozę, dur brzuszny, gorączkę denga, gruźlicę, malarię, nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis), odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, posocznicę (sepsę) o ciężkim przebiegu, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, ropień mózgu, schistosomatozę (bilharcjoza), tężec o ciężkim przebiegu, wściekliznę, zapalenie mózgu, zakażenie wirusem HIV, zgorzel gazową. Listę z dokładnym opisem znajdziesz w załącznikach 8C) do niniejszych o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określen, iom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2, zaś poniższe określenie oznacza:
Poważne zachorowanie – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Choroby/Chorób wskazanych w załączniku nr 8C) do niniejszych o.w.u. lub poddanie się zabiegom operacyjnym wskazanym w załączniku nr 8C) do niniejszych o.w.u., pod warunkiem że Choroby wskazane w załączniku nr 8C) do niniejszych o.w.u. lub Choroby będące przyczyną dokonania zabiegów wskazanych w załączniku nr 8C) do niniejszych o.w.u., zostaną po raz pierwszy zdiagnozowane w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty pierwszej diagnozy Choroby wskazanej w załączniku nr 8C) do niniejszych o.w.u. lub poddania się zabiegowi operacyjnemu wskazanemu w załączniku nr 8C) do niniejszych o.w.u.;
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na Poważnym zachorowaniu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4) – 6). Niniejsza Umowa dodatkowa obejmuje zachorowania i zabiegi operacyjne wymienione w załączniku nr 8C) do niniejszych o.w.u.
4) Poważnego zachorowania obejmowanego odpowiedzialnością Allianz Życie, w rozumieniu niniejszej Umowy dodatkowej, nie stanowi:
   a) Choroba wymieniona w załączniku nr 8C) do niniejszych o.w.u., jeżeli została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
   b) zabieg operacyjny wymieniony w załączniku nr 8C) do niniejszych o.w.u., jeżeli Choroba będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu została zdiagnozowana po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli z powodu tej Choroby rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5) Z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Allianz Życie z tytułu kolejnych Poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne Poważne zachorowania, zgodnie z wiedzą medyczną, nie wynikają z Poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie, oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.
6) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na zasadach określonych w §3 ust. 3 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem lub na zasadach określonych w §3 ust. 4 w odniesieniu do zdarzeń nie będących następstwem Wypadku.
7) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 3, Allianz Życie wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.
8) W razie Poważnego zachorowania, Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
9) Zgodnie z pkt 1) zgłoszenie roszczenia powinno nastąpić po upływie 30 dni od daty pierwszej diagnozy Choroby lub poddania się zabiegowi operacyjnemu.

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

10) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
   a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
   b) kompletną dokumentację medyczną związaną z rozpoznaną Chorobą lub odpowiednio przeprowadzonym zabiegiem, w tym wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą w niniejszych o.w.u. definicją;
   c) opis okoliczności Wypadku – w przypadku zdarzeń będących następstwem Wypadku;
   d) notatkę policyjną – w przypadku zawiadomienia policji;
   e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone dochodzenie/śledztwo;
   f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz Życie lub wysokości świadczenia, wskazane

przez Allianz Życie po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

11) W razie zgłoszenia roszczenia, Allianz Życie zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Allianz Życie lekarza w zakresie i o częstotliwości uzasadnionej względami medycznymi. Wymienione w tym punkcie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w zakładach opieki zdrowotnej wskazanych przez Allianz Życie. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Allianz Życie.

14. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – niewydolność lub znaczne upośledzenie funkcjonowania narządu**

Allianz Życie zapewni wsparcie finansowe w przypadku wystąpienia poważnej niewydolności lub znacznego upośledzenia funkcjonowania narządu na skutek Choroby lub Wypadku: anemii aplastycznej wymagającej leczenia, astmy (dychawicy oskrzelowej) o ciężkim przebiegu, całkowitej utraty wzroku wskutek Choroby, całkowitej utraty wzroku wskutek Wypadku, całkowitej utraty słuchu wskutek Choroby, całkowitej utraty słuchu wskutek Wypadku, całkowitej utraty mowy wskutek Choroby, całkowitej utraty mowy wskutek Wypadku, dystrofii mięśniowej, choroby Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagającej przeprowadzenia leczenia operacyjnego, cukrzycy typu I insulinozależnej o ciężkim przebiegu, mukowiscydozy, nabytej niedokrwistości hemolitycznej, niewydolności nerek, oparzenia skóry, ostrej niewydolności wątroby, pierwotnego nadciśnienia płucnego, pneumonektomii, pourazowego uszkodzenia mózgu, przeszczepu, przewlekłej niewydolności oddechowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, schyłkowej niewydolności wątroby, śpiączki, tocznia rumieniowatego układowego, twardziny układowej (sklerodermii), utraty kończyny w skutek Choroby, utraty kończyny w skutek Wypadku, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego wymagające totalnej kolektomii, zakażonej martwicy trzustki, zatorowości płucnej, ziarniniaka Wegenera.
Listę z dokładnym opisem znajdziesz w załącznikach 8D) do niniejszych o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2, zaś poniższe określenie oznacza: **Poważne zachorowanie** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Choroby/Chorób wskazanych w załączniku nr 8D) do niniejszych o.w.u. lub poddanie się zabiegom operacyjnym wskazanym w załączniku nr 8D) do niniejszych o.w.u., pod warunkiem że Choroby wskazane w załączniku nr 8D) do niniejszych o.w.u. lub Choroby będące przyczyną dokonania zabiegów wskazanych w załączniku nr 8D) do niniejszych o.w.u., zostaną po raz pierwszy zdiagnozowane w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty pierwszej diagnozy Choroby wskazanej w załączniku nr 8D) do niniejszych o.w.u. lub poddania się zabiegowi operacyjnemu wskazanemu w załączniku nr 8D) do niniejszych o.w.u.;
2) Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na Poważnym zachorowaniu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4) – 6). Niniejsza Umowa dodatkowa obejmuje zachorowania i zabiegi operacyjne wymienione w załączniku nr 8D) do niniejszych o.w.u.
4) Poważnego zachorowania obejmowanego odpowiedzialnością Allianz Życie, w rozumieniu niniejszej Umowy dodatkowej, nie stanowi:
   a) Choroba wymieniona w załączniku nr 8D) do niniejszych o.w.u., jeżeli została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
   b) zabieg operacyjny wymieniony w załączniku nr 8D) do niniejszych o.w.u., jeżeli Choroba będąca przyczyną przeprowadzenia tego zabiegu została zdiagnozowana po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub jeżeli z powodu tej Choroby rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5) Z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Allianz Życie z tytułu kolejnych Poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne Poważne zachorowania, zgodnie z wiedzą medyczną, nie wynikają z Poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie, oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.
6) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego na zasadach określonych w §3 ust. 3 w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem lub na zasadach określonych w §3 ust. 4 w odniesieniu do zdarzeń nie będących następstwem Wypadku.
7) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w pkt. 3, Allianz Życie wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.
8) W razie Poważnego zachorowania, Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
9) Zgodnie z pkt 1) zgłoszenie roszczenia powinno nastąpić po upływie 30 dni od daty pierwszej diagnozy Choroby lub poddania się zabiegowi operacyjnemu.

Aby przyspieszyć wypłatę świadczenia poznaj listę dokumentów, które powinien przedstawić zgłaszając roszczenie

10) Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć następujące dokumenty:
    a) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
    b) kompletną dokumentację medyczną związaną z rozpoznaną Chorobą lub odpowiednio przeprowadzonym zabiegiem, w tym wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą w niniejszych o.w.u. definicją;
    c) opis okoliczności Wypadku – w przypadku zdarzeń będących następstwem Wypadku;
    d) notatkę policyjną – w przypadku zawiadomienia policji;
    e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone dochodzenie/śledztwo;
    f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz Życie lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz Życie po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
11) W razie zgłoszenia roszczenia, Allianz Życie zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Allianz Życie lekarza w zakresie i o częstotliwości uzasadnionej względami medycznymi. Wymienione w tym punkcie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w zakładach opieki zdrowotnej wskazanych przez Allianz Życie. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Allianz Życie.

15. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą**

Z tą Umową dodatkową zapewniamy opiekę medyczną za granicą; pokrywamy m.in koszty leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, koszty transportu, koszty zakupu niezbędnych lekarstw i wiele innych; umowa rozszerzona jest o usługi assistance dzięki, którym zyskujesz: organizację leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w przypadku transportu medycznego (np. koszty wizyt lekarskich, wizyt pielęgniarki, pokrycie kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego), pokrycie kosztów wcześniejszego powrotu na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania, koszty poszukiwania i ratownictwa w górach i na morzu; Allianz Życie pokrywa koszty leczenia, maksymalnie do wysokości świadczenia określonej w Umowie ubezpieczenia lub wskazanego w załączniku nr 9 o.w.u. podlimitu

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w § 1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
   a) **Bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, w czasie której występuje niebezpieczeństwo utraty życia człowieka lub wystąpienia ciężkiego bądź średniego uszczerbku na zdrowiu;
   b) **Centrum operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Konstruktorskiej 12 – przedstawiciel Allianz Życie, zajmujący się w imieniu Allianz Życie organizacją usług związanych z pomocą w podróży Ubezpieczonego za granicą i likwidacją szkód;
   c) **Członek rodziny** – dziadkowie, rodzice, przysposabiający, ojczym, macocha, rodzeństwo, współmałżonek, dzieci (w tym przysposobione), pasierbowie, wnuki, teściowie, zięć, synowa, osoba z którą Ubezpieczony pozostaje w konkubinacie przez który rozumie się wolny związek dwóch osób pełnoletnich pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym;
   d) **Kraj zamieszkania Ubezpieczonego** – kraj, w którym Ubezpieczony zamieszkuje nieprzerwanie przez okres co najmniej jednego roku i w którym koncentruje się jego życie osobiste i zawodowe; Krajem zamieszkania nie jest kraj, w którym dana osoba przebywa w celu kształcenia się lub do którego jest oddelegowana do pracy; za przerwę w zamieszkiwaniu na terenie kraju nie uznaje się krótkoterminowego wyjazdu (trwającego nie dłużej niż 21 dni) w celach turystycznych lub w celu odwiedzin u Członków rodziny lub znajomych; w przypadku gdy nie jest możliwe określenie Kraju zamieszkania Ubezpieczonego na podstawie zdania pierwszego, przyjmuje się, iż Krajem zamieszkania Ubezpieczonego jest kraj, którego obywatelstwo Ubezpieczony posiada; w przypadku gdy Ubezpieczony posiada więcej niż jedno obywatelstwo, przyjmuje się, że Krajem zamieszkania Ubezpieczonego jest kraj, którego obywatelstwo Ubezpieczony uzyskał jako ostatnie w kolejności;
   e) **Licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego, uprawnione stosownie do wymogów państwa siedziby przedsiębiorstwa do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych osób;
   f) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający zdrowiu lub życiu, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
2) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową odpowiedzialnością Allianz Życie objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na wystąpieniu w okresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej Nagłego zachorowania lub Wypadku na terytorium wszystkich państw świata, z wyłączeniem terytorium Kraju zamieszkania Ubezpieczonego i Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem, że odpowiedzialnością Allianz Życie objęte są zdarzenia, które wystąpiły w trakcie pierwszych 180 dni z łącznej sumy dni spędzonych przez Ubezpieczonego poza terytorium Kraju zamieszkania Ubezpieczonego i Rzeczypospolitej Polskiej w ciągu 12-miesięcznych okresów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz Życie, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego.
3) W związku z rozszerzeniem Umowy ubezpieczenia o niniejszą Umowę dodatkową, Allianz Życie zobowiązuje się do:
   a) pokrycia kosztów leczenia opisanych w rozdziale I załącznika nr 9 do niniejszych o.w.u., oraz
   b) pomocy w podróży (assistance) za granicą opisanej w rozdziale II załącznika nr 9 do niniejszych o.w.u.
4) Allianz Życie pokrywa koszty leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów z tym zastrzeżeniem, że górną granicę odpowiedzialności Allianz Życie stanowi wysokość świadczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej wskazana w Umowie ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego, przy czym w odniesieniu do niektórych, wskazanych w załączniku nr 9 do niniejszych o.w.u. świadczeń, obowiązują dodatkowe, wskazane w tym załączniku ograniczenia wysokości świadczenia. Wypłacone świadczenia pomniejszają limit odpowiedzialności Allianz Życie z tytułu danego zdarzenia z wyjątkiem świadczeń opisanych w rozdziale I, pkt 2, ppkt 4) lit. a., b., c. załącznika nr 9 do niniejszych o.w.u.
5) Wyłączenia odpowiedzialności Allianz Życie są wskazane w §3 ust. 3 (z zastrzeżeniem zapisów, o których mowa w rozdziale I, pkt 5 załącznika nr 9 do niniejszych o.w.u.) w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych Wypadkiem i §3 ust. 4 (z zastrzeżeniem zapisów, o których mowa w rozdziale I, pkt 5 załącznika nr 9 do niniejszych o.w.u.) w odniesieniu do zdarzeń będących Następstwem nagłego zachorowania. Zakres ochrony nie obejmuje również:
   a) kosztów poniesionych w następstwie zdarzeń, które miały miejsce przed rozpoczęciem podróży zagranicznej;
   b) kosztów kontynuacji leczenia Nagłych zachorowań lub następstw Wypadków, które wystąpiły przed rozpoczęciem świadczenia ochrony z tytułu kosztów leczenia i pomocy w podróży za granicą względem danego Ubezpieczonego.
6) Odpowiedzialność Allianz Życie nie obejmuje kosztów leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą:
   a) przekraczających zakres niezbędny do przywrócenia stanu zdrowia, umożliwiającego powrót Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego;
   b) gdy przed wyjazdem w podróż zagraniczną istniały wskazania do wykonania zabiegu operacyjnego lub poddania się innemu leczeniu w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych, o ile Ubezpieczony wiedział o w/w wskazaniach do wykonania zabiegu operacyjnego lub poddania się w/w leczeniu.
7) Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów: leczenia, transportu medycznego, pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą i innych usług, powstałych z powodu lub w następstwie:
   a) leczenia niezwiązanego z Nagłym zachorowaniem lub Wypadkiem;
   b) Chorób przewlekłych;
   c) zaostrzeń oraz powikłań Chorób przewlekłych;
   d) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99), nawet jeżeli są konsekwencją Wypadku;
   e) zdiagnozowanych Chorób, co do których istniały przeciwwskazania lekarskie do odbycia podróży, o których Ubezpieczony wiedział;
   f) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych;
   g) Chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS i zakażenia wirusem HIV;
   h) niepoddania się szczepieniom lub innym działaniom prewencyjnym koniecznym przed podróżami do tych krajów, w których powyższe zabiegi są wymagane lub zalecane przez Światową Organizację Zdrowia WHO;
   i) brania udziału w Bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej lub w stanie wyższej konieczności;
   j) leczenia przez lekarza będącego Członkiem rodziny Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego;
   k) diagnostyki i leczenia niewchodzącego w zakres natychmiastowej niezbędnej pomocy medycznej;
   l) szczepień, a także Kosztów leczenia stomatologicznego, niewymagającego udzielenia natychmiastowej, niezbędnej pomocy medycznej;
   m) naprawy lub zakupu protez (w tym protez dentystycznych), okularów i innego sprzętu rehabilitacyjnego, o ile nie jest to związane z usługą organizacji wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego, o których mowa w rozdziale II, pkt 1, ppkt 3) załącznika nr 9 do niniejszych o.w.u.
   n) Wypadków wynikających z wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu;

o) uprawiania sportów w miejscach do tego nieprzeznaczonych ze względu na zagrożenie bezpieczeństwa i zdrowia Ubezpieczonego lub osób postronnych;
p) zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny przez Światową Organizację Zdrowia WHO;
q) Wypadków przy rozładunku, przeładunku lub załadunku towarów, wykonywanych w związku z pracami w transporcie, Wypadków w budownictwie (również przy wykonywaniu prac wykończeniowych), gazownictwie, energetyce, hutnictwie, górnictwie, przemyśle ciężkim, tartakach (również przez przedsiębiorców wykonujących osobiście taką działalność), przy wykonywaniu zawodu konwojenta, stolarza, rolnika, przy wykonywaniu czynności z użyciem następujących niebezpiecznych narzędzi: wiertarki udarowe, piły mechaniczne, młoty pneumatyczne, pilarki lub szlifierki mechaniczne, obrabiarki, dźwigi lub maszyny robocze, maszyny drogowe oraz przy wykonywaniu prac na wysokościach i jednostkach pływających;
r) udziału w ćwiczeniach wykonywanych pod kontrolą służb mundurowych kraju zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust 2) niniejszej Umowy dodatkowej;
s) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie lub Lekarza centrum operacyjnego;
t) nierespektowania ogólnie uznanych reguł bezpieczeństwa wskazanych w przepisach prawa kraju zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust 2) niniejszej Umowy dodatkowej, także przy uprawianiu dyscyplin sportowych;
u) Choroby będącej następstwem spożywania alkoholu;
w) związanych z przerywaniem ciąży, sztucznym zapłodnieniem lub innym leczeniem bezpłodności
z) encefalopatii pourazowych, nerwic, dyskopatii, przepukliny powłok brzusznych i pachwinowych, nawet jeżeli są konsekwencją Wypadku;

8) Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów środków antykoncepcyjnych.
9) Wykonanie usług assistance gwarantowanych w ramach Umowy dodatkowej ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą, może być opóźnione na skutek udokumentowanych przez Centrum operacyjne strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, Aktów terroru, wojny domowej, wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, a także ograniczenia w poruszaniu się, wprowadzonego decyzjami władz administracyjnych. Allianz Życie nie ponosi odpowiedzialności za ww. opóźnienia lub brak możliwości zapewnienia pomocy z ww. powodów.
10) W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej, Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu, są zobowiązani:
a) w sytuacji gdy konieczne będzie skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych usług assistance objętych ubezpieczeniem oraz pokrycia ich kosztów – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – zgłosić telefonicznie lub faksem prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego w celu uzyskania gwarancji pokrycia lub zwrotu kosztów;
b) dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum operacyjnego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić Lekarzom centrum operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych;
c) stosować się do zaleceń Centrum operacyjnego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
d) umożliwić Centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.

11) W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek siły wyższej Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu, nie mogli skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym sami pokryli koszty, o których mowa w załączniku nr 9 do niniejszych o.w.u., Allianz Życie refunduje Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia i przedstawienia posiadanej dokumentacji potwierdzającej zasadność i wysokość roszczeń, jeśli jest to niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Do wyżej wymienionej dokumentacji mogą należeć:
a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
b) kompletna dokumentacja medyczna zawierająca diagnozę lekarską;
c) dokument stwierdzający przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczący innych kosztów objętych zakresem odpowiedzialnością Allianz Życie;
d) dowody poniesionych kosztów, wskazujące wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego;
e) notatka policyjna z miejsca zdarzenia – w przypadku zawiadomienia policji;
f) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia – jeżeli było lub jest prowadzone dochodzenie/śledztwo;
g) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz Życie, wskazane przez Allianz Życie po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

12) Po upływie terminu, o którym mowa w pkt 11), Allianz Życie ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie powyższego obowiązku nastąpiło z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa i przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności i skutków Wypadku. Skutki braku powiadomienia nie nastąpią, jeżeli Allianz Życie w wyżej wskazanym terminie, wyznaczonym na powiadomienie, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
13) Allianz Życie pokrywa koszty leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów z tym zastrzeżeniem, że górną granicę odpowiedzialności Allianz Życie stanowi wysokość świadczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej wskazana w Umowie ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego, przy czym w odniesieniu do niektórych, wskazanych w załączniku nr 9 do niniejszych o.w.u. świadczeń, obowiązują dodatkowe, wskazane w tym załączniku ograniczenia wysokości świadczenia.
14) Świadczenia wypłacane Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej są realizowane w polskich złotych i stanowią równowartość kwot w innych walutach, przeliczonych na polskie złote, według kursu opublikowanego przez NBP w tabeli A kursów średnich walut obcych z dnia zdarzenia.
15) W razie śmierci Ubezpieczonego zwrot wcześniej poniesionych przez niego kosztów związanych ze zdarzeniem objętym odpowiedzialnością Allianz Życie w ramach Umowy dodatkowej przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego na podstawie aktu zgonu, prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku (albo zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia) oraz udokumentowania poniesionych kosztów.
16) Ubezpieczony jest zobowiązany umożliwić Allianz Życie oraz Centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia.

16. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego**

Nieprzewidziane Wypadki losowe czy nagła Choroba wpływają na wszystkie strefy życia i dotykają całej rodziny; w takich sytuacjach pomocne są usługi assistance skierowane do Ubezpieczonego; Pakiet świadczeń opiekuńczych dostępnych przez całą dobę dla osób objętych ochroną, obejmuje m.in.: transport medyczny, rehabilitację, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, opiekę pielęgniarki i pomoc domową oraz wiele innych usług, których szczegółową listę znajdziesz w załączniku nr 10 do niniejszych o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
a) **Centrum operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Konstruktorskiej 12 – przedstawiciel Allianz Życie udzielający świadczeń opiekuńczych;
b) **Miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym znajduje się w danym momencie Ubezpieczony;
c) **Nagłe zachorowanie** – objęty odpowiedzialnością Allianz Życie i powstały, w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu albo

zdrowiu wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
d) **Poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
e) **Transport medyczny** – transport Ubezpieczonego realizowany stosownie do zaleceń lekarza, odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; za Transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
f) **Zakład opieki zdrowotnej** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające zgodnie z prawem w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

2) Przedmiotem ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych i zdefiniowanych w załączniku nr 10 do niniejszych o.w.u. udzielanych za pośrednictwem Centrum operacyjnego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4) i 9).
3) Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej przez zdarzenie ubezpieczeniowe rozumie się zdarzenie, powstałe w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, objęte odpowiedzialnością Allianz Życie na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej, polegające na:
a) ujawnieniu się u Ubezpieczonego objawów Choroby;
b) doznaniu przez Ubezpieczonego obrażeń ciała będących następstwem Wypadku;
c) pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w rozdziale III załącznika nr 10 do niniejszych o.w.u.;
d) stanu ciąży Ubezpieczonego i urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecka;
e) Nagłym zachorowaniu Ubezpieczonego, w odniesieniu do świadczeń opiekuńczych wymienionych i zdefiniowanych w rozdziale I pkt 13 załącznika nr 10 do niniejszych o.w.u.

4) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych na zasadach określonych w §3 ust. 3 (z wyłączeniem pkt 3), 11), 12)) w odniesieniu do zdarzeń będących następstwem Wypadku i §3 ust. 4 (z wyłączeniem pkt 9) w odniesieniu do zdarzeń będących następstwem Choroby. Dodatkowo odpowiedzialność Allianz Życie nie obejmuje:
a) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
b) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem pkt 7);
c) kosztów zakupu leków (Allianz Życie nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
d) kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Allianz Życie nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie);
e) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
i. leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
ii. leczenia sanatoryjnego, zabiegów ze wskazań estetycznych (niezależnie od powodów ich wykonania);,;
iii. leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
iv. Wypadku zaistniałego lub Choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
v. leczenia schorzeń, będących wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych;
vi. Wad wrodzonych;
vii. zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez Ubezpieczonego zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;
viii. Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
ix. Chorób Przewlekłych.

5) W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony jest zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.
Ubezpieczony kontaktując się z Centrum operacyjnym powinien podać następujące informacje:
a) imię i nazwisko;
b) adres zamieszkania;
c) numer polisy;
d) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
e) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
f) inne informacje, o które poprosi pracownik Centrum operacyjnego, konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

6) Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum operacyjnego dostarczyć wskazane przez pracownika Centrum operacyjnego dokumenty, niezbędne do prawidłowego ustalenia zasadności realizacji usług, na podstawie których przeprowadzane jest postępowanie dotyczące:
a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia;
b) zasadności zgłoszonych roszczeń;
c) wysokości świadczenia;
d) sposobu przekazania świadczenia.

7) W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w rozdziale I pkt 2, 3, 4, 5 i 6 załącznika nr 10 do niniejszych o.w.u., Allianz Życie zwraca Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i udokumentowania faktu poniesienia tych kosztów. Allianz Życie zwraca koszty jedynie do wysokości limitów wskazanych odpowiednio w rozdziale I pkt 2, 3, 4, 5 i 6 załącznika nr 10 do niniejszych o.w.u.
8) Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w pkt 7) powyżej, rozumie się:
a) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 2 załącznika nr 10 do niniejszych o.w.u. – datę zaistnienia potrzeby transportu do odpowiedniego Zakładu opieki zdrowotnej;
b) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 4 załącznika nr 10 do niniejszych o.w.u. – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
c) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 3 załącznika nr 10 do niniejszych o.w.u. – datę wypisu ze szpitala lub odpowiednio wizyty w przychodni, lub odpowiednio wizyty w gabinecie medycznym;
d) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 5 i 6 załącznika nr 10 do niniejszych o.w.u. – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

9) Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń opiekuńczych przekroczy limit kosztów określony w załączniku nr 10 do niniejszych o.w.u., może być ona wykonana przez Centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony, lub jego przedstawiciel ustawowy, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość usługi a zagwarantowanym przez Allianz Życie limitem.
10) Po upływie terminu, o którym mowa w pkt 7), Allianz Życie ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie powyższego obowiązku nastąpiło z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa i przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności i skutków Wypadku. Skutki braku powiadomienia nie nastąpią, jeżeli Allianz Życie w wyżej wskazanym terminie, wyznaczonym na powiadomienie, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

17. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego Rodzica**

Ubezpieczony Rodzic może liczyć na dodatkowe usługi zagwarantowane niniejszą Umowa dodatkową, do których należą m.in.: transport medyczny, rehabilitacja, zakup sprzętu rehabilitacyjnego, opieka pielęgniarki i pomoc domowa oraz wiele innych świadczeń, których szczegółową listę znajdziesz w załączniku nr 10 A do niniejszych o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
a) **Centrum operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Konstruktorskiej 12 – przedstawiciel Allianz Życie udzielający świadczeń opiekuńczych;

b) **Nagłe zachorowanie** – objęty odpowiedzialnością Allianz Życie i powstały, w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu albo zdrowiu wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
c) **Miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym znajduje się w danym momencie Ubezpieczony Rodzic;
d) **Transport medyczny** – transport Ubezpieczonego Rodzica realizowany stosownie do zaleceń lekarza, odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego Rodzica środkiem transportu; za Transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
e) **Zakład opieki zdrowotnej** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające zgodnie z prawem w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
f) **Zaostrzenia oraz powikłania Choroby przewlekłej** – nagłe nasilenie objawów chorobowych ze strony tego samego lub innego narządu lub układu, pozostające w bezpośrednim związku z tą chorobą, o ostrym (burzliwym) przebiegu, wymagające udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej.

2) Przedmiotem ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych i zdefiniowanych w załączniku nr 10A) do niniejszych o.w.u. udzielanych za pośrednictwem Centrum operacyjnego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4) i 9).
3) Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej przez zdarzenie ubezpieczeniowe rozumie się zdarzenie, powstałe w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, objęte odpowiedzialnością Allianz Życie na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej, polegające na:
a) ujawnieniu się u Ubezpieczonego Rodzica objawów Choroby;
b) nagłym Zaostrzeniu lub powikłaniu Chorób przewlekłych
c) doznaniu przez Ubezpieczonego Rodzica obrażeń ciała będących następstwem Wypadku;
d) pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego Rodzica w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w rozdziale III załącznika nr 10A) do niniejszych o.w.u.;
e) Nagłym zachorowaniu Ubezpieczonego, w odniesieniu do świadczeń opiekuńczych wymienionych i zdefiniowanych w rozdziale I pkt 18 załącznika nr 10A) do niniejszych o.w.u.
4) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych na zasadach określonych w §3 ust. 3 (z wyłączeniem pkt 3), 11), 12)) w odniesieniu do zdarzeń będących następstwem Wypadku i §3 ust. 4 (z wyłączeniem pkt 9) w odniesieniu do zdarzeń będących następstwem Choroby. Dodatkowo odpowiedzialność Allianz Życie nie obejmuje:
a) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
b) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego Rodzica bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem pkt 7);
c) kosztów zakupu leków (Allianz Życie nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach), kosztów zakupu książek (Allianz Życie nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie książek), kosztów zakupu posiłków, kosztów opłacenia rachunków;
d) kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Allianz Życie nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie);
e) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
i. leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
ii. leczenia sanatoryjnego (za wyjątkiem usługi wymienionej w rozdziale I pkt 9 załącznika nr 10A) do niniejszych o.w.u.), zabiegów ze wskazań estetycznych (niezależnie od powodów ich wykonania;
iii. leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
iv. Wypadku zaistniałego lub Choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
v. leczenia schorzeń, będących wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych;
vi. Wad wrodzonych;
vii. zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez Ubezpieczonego Rodzica zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;
viii. Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
ix. Chorób Przewlekłych.

5) W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony Rodzic jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.
Ubezpieczony Rodzic kontaktując się z Centrum operacyjnym powinien podać następujące informacje:
a) imię i nazwisko;
b) adres zamieszkania;
c) numer polisy;
d) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
e) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
f) inne informacje, o które poprosi pracownik Centrum operacyjnego, konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

6) Ubezpieczony Rodzic zobowiązany jest na wniosek Centrum operacyjnego dostarczyć wskazane przez pracownika Centrum operacyjnego dokumenty, niezbędne do prawidłowego ustalenia zasadności realizacji usług, na podstawie których przeprowadzane jest postępowanie dotyczące:
a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia;
b) zasadności zgłoszonych roszczeń;
c) wysokości świadczenia;
d) sposobu przekazania świadczenia.

7) W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek siły wyższej Ubezpieczony Rodzic nie mógł skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w rozdziale I pkt 5, 6, 7, 12 i 13 załącznika nr 10A) do niniejszych o.w.u., Allianz Życie zwraca Ubezpieczonemu Rodzicowi poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i udokumentowania faktu poniesienia tych kosztów. Allianz Życie zwraca koszty jedynie do wysokości limitów wskazanych odpowiednio w rozdziale I pkt 5, 6, 7, 12 i 13 załącznika nr 10A) do niniejszych o.w.u.
8) Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w pkt 7) powyżej, rozumie się:
a) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 5 załącznika nr 10A) do niniejszych o.w.u. – datę zaistnienia potrzeby transportu do odpowiedniego Zakładu opieki zdrowotnej;
b) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 7 załącznika nr 10A) do niniejszych o.w.u. – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
c) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 6 załącznika nr 10A) do niniejszych o.w.u. – datę wypisu ze szpitala lub odpowiednio wizyty w przychodni, lub odpowiednio wizyty w gabinecie medycznym;
d) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 12 i 13 załącznika nr 10A) do niniejszych o.w.u. – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

9) Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń opiekuńczych przekroczy limit kosztów określony w załączniku nr 10A) do niniejszych o.w.u., może być ona wykonana przez Centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony Rodzic, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość usługi a zagwarantowanym przez Allianz Życie limitem.
10) Po upływie terminu, o którym mowa w pkt 7), Allianz Życie ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie powyższego obowiązku nastąpiło z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa i przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności i skutków Wypadku. Skutki braku powiadomienia nie nastąpią, jeżeli Allianz Życie w wyżej wskazanym terminie, wyznaczonym na powiadomienie, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

18. **Umowa dodatkowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców**

Zakres ochrony można rozszerzyć o świadczenia opiekuńcze dla Współubezpieczonego, za którego uważamy Rodziców Pracownika i Rodziców jego Współmałżonka albo Partnera. Rozszerzając Umowę ubezpieczenia o niniejsza Umowę dodatkową osoby Współubezpieczone mają możliwość korzystania m.in. z: transportu medycznego, rehabilitacji, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, opieki pielęgniarki i pomocy domowa oraz wielu innych świadczeń, których szczegółową listę znajdziesz w załączniku nr 10 B do niniejszych o.w.u.

1) Użytym w niniejszej Umowie dodatkowej określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w §1 ust. 2, zaś poniższe określenia oznaczają:
   a) **Centrum operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Konstruktorskiej 12 – przedstawiciel Allianz Życie udzielający świadczeń opiekuńczych;
   b) **Nagłe zachorowanie** – objęty odpowiedzialnością Allianz Życie i powstały, w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu albo zdrowiu wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
   c) **Miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym znajduje się w danym momencie Współubezpieczony;
   d) **Transport medyczny** – transport Współubezpieczonego realizowany stosownie do zaleceń lekarza, odpowiednim dla stanu zdrowia Współubezpieczonego środkiem transportu; za Transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
   e) **Zakład opieki zdrowotnej** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające zgodnie z prawem w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   f) **Zaostrzenia oraz powikłania Choroby przewlekłej** – nagłe nasilenie objawów chorobowych ze strony tego samego lub innego narządu lub układu, pozostające w bezpośrednim związku z tą chorobą, o ostrym (burzliwym) przebiegu, wymagające udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej.
2) Przedmiotem ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej jest organizacja i pokrycie kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych i zdefiniowanych w załączniku nr 10B) do niniejszych o.w.u. udzielanych za pośrednictwem Centrum operacyjnego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4) i 10).
3) Osobami objętymi ochroną w ramach niniejszej Umowy dodatkowej jest Współubezpieczony:
   Rodzic Głównego Ubezpieczonego, Rodzic Współmałżonka Głównego Ubezpieczonego albo Rodzic Partnera Głównego Ubezpieczonego.
4) Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej przez zdarzenie ubezpieczeniowe rozumie się zdarzenie, powstałe w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, objęte odpowiedzialnością Allianz Życie na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej, polegające na:
   a) ujawnieniu się u Współubezpieczonego objawów Choroby;
   b) nagłym Zaostrzeniu lub powikłaniu Chorób przewlekłych;
   c) doznaniu przez Współubezpieczonego obrażeń ciała będących następstwem Wypadku;
   d) pogorszeniu się stanu zdrowia Współubezpieczonego w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w rozdziale III załącznika nr 10B) do niniejszych o.w.u.;
   e) Nagłym zachorowaniu Współubezpieczonego, w odniesieniu do świadczeń opiekuńczych wymienionych i zdefiniowanych w rozdziale I pkt 18 załącznika nr 10B) do niniejszych o.w.u.
5) Allianz Życie jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych na zasadach określonych w §3 ust. 3 (z wyłączeniem pkt 3), 11), 12)) w odniesieniu do zdarzeń będących następstwem Wypadku i §3 ust. 4 (z wyłączeniem pkt 9)) w odniesieniu do zdarzeń będących następstwem Choroby. Dodatkowo odpowiedzialność Allianz Życie nie obejmuje:
   a) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   b) kosztów poniesionych przez Współubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem pkt 8);
   c) kosztów zakupu leków (Allianz Życie nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach), kosztów zakupu książek (Allianz Życie nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie książek), kosztów zakupu posiłków, kosztów opłacenia rachunków;
   d) kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Allianz Życie nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie);
   e) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
      i. leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
      ii. leczenia sanatoryjnego (za wyjątkiem usługi wymienionej w rozdziale I pkt 9 załącznika nr 10B) do niniejszych o.w.u.), zabiegów ze wskazań estetycznych (niezależnie od powodów ich wykonania;
      iii. leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
      iv. Wypadku zaistniałego lub Choroby zdiagnozowanej po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
      v. leczenia schorzeń, będących wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych;
      vi. Wad wrodzonych;
      vii. zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez Współubezpieczonego zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;
      viii. Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
      ix. Chorób Przewlekłych.
6) W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Współubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.
   Współubezpieczony kontaktując się z Centrum operacyjnym powinien podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko;
   b) adres zamieszkania;
   c) numer polisy;
   d) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
   e) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   f) inne informacje, o które poprosi pracownik Centrum operacyjnego, konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
7) Współubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum operacyjnego dostarczyć wskazane przez pracownika Centrum operacyjnego dokumenty, niezbędne do prawidłowego ustalenia zasadności realizacji usług, na podstawie których przeprowadzane jest postępowanie dotyczące:
   a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia;
   b) zasadności zgłoszonych roszczeń;
   c) wysokości świadczenia;
   d) sposobu przekazania świadczenia.
8) W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek siły wyższej Współubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w rozdziale I pkt 5, 6, 7, 12 i 13 załącznika nr 10B) do niniejszych o.w.u., Allianz Życie zwraca Współubezpieczonemu poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i udokumentowania faktu poniesienia tych kosztów. Allianz Życie zwraca koszty jedynie do wysokości limitów wskazanych odpowiednio w rozdziale I pkt 5, 6, 7, 12 i 13 załącznika nr 10A) do niniejszych o.w.u.
9) Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w pkt 8) powyżej, rozumie się:
   a) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 5 załącznika nr 10B) do niniejszych o.w.u. – datę zaistnienia potrzeby transportu do odpowiedniego Zakładu opieki zdrowotnej;
   b) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 7 załącznika nr 10B) do niniejszych o.w.u. – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
   c) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 6 załącznika nr 10B) do niniejszych o.w.u. – datę wypisu ze szpitala lub odpowiednio wizyty w przychodni, lub odpowiednio wizyty w gabinecie medycznym;

d) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 12 i 13 załącznika nr 10B) do niniejszych o.w.u. – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

10) Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń opiekuńczych przekroczy limit kosztów określony w załączniku nr 10B) do niniejszych o.w.u., może być ona wykonana przez Centrum operacyjne, o ile Współubezpieczony, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość usługi a zagwarantowanym przez Allianz Życie limitem.
11) Po upływie terminu, o którym mowa w pkt 8), Allianz Życie ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie powyższego obowiązku nastąpiło z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa i przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności i skutków Wypadku. Skutki braku powiadomienia nie nastąpią, jeżeli Allianz Życie w wyżej wskazanym terminie, wyznaczonym na powiadomienie, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

CZĘŚĆ VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

Sprawdź, jakie są wzajemne obowiązki stron Umowy ubezpieczenia i jakie prawa ma Ubezpieczający i Ubezpieczony.

§ 23. JAKIE SĄ PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO?

1. Ubezpieczający, za pisemną zgodą Allianz Życie ma prawo przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy ubezpieczenia na inny podmiot lub podmioty. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą ich przeniesienia podmiot ten staje się Ubezpieczającym. Zmiana Ubezpieczającego zostanie potwierdzona aneksem do Polisy.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany:
   1) doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej oraz zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej;
   2) przekazać Allianz Życie oświadczenia Ubezpieczonych o wyrażeniu zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub przechowywać oświadczenia Ubezpieczonych, zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa i udostępnić oświadczenia Ubezpieczonych na każde żądanie Allianz Życie;
   3) informować Allianz Życie, w terminach ustalonych w o.w.u. o wszelkich zmianach w wykazach imiennych osób objętych Umową ubezpieczenia; w razie niezgłoszenia zmian Allianz Życie przyjmuje ostatnio zgłoszony stan osobowy za aktualny;
   4) przekazywać Allianz Życie Składkę w wysokości i terminie ustalonym w Umowie ubezpieczenia;
   5) przekazywać Allianz Życie dokumenty niezbędne do prawidłowej obsługi zawartej Umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i warunków określonych w niniejszych o.w.u.,
   6) podać do wiadomości Allianz Życie wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz Życie prosił we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
   7) wykonywać ciążące na nim względem Ubezpieczonych obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych stosownych przepisach prawa;
   8) wykonywać z należytą starannością wszystkie inne obowiązki wynikające z o.w.u. oraz zawartej na ich podstawie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w §7 ust. 2 pkt.1) oraz w § 24 ust. 2. Informacje te przekazuje się Ubezpieczonemu:
   1) przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia informacji w tym zakresie, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 2;
   2) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Allianz Życie – w przypadku informacji, o których mowa w § 24 ust. 2.

§ 24. JAKIE SĄ PRAWA I OBOWIĄZKI ALLIANZ ŻYCIE?

1. Allianz Życie jest zobowiązany:
   1) terminowo i prawidłowo realizować obowiązki wynikające z Umowy ubezpieczenia;
   2) realizować ciążące na nim względem Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych stosownych przepisach prawa;
   3) udzielić na żądanie Ubezpieczonego informacji o warunkach Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków; Allianz Życie jest zobowiązany do udzielenia powyższych informacji Ubezpieczonemu również przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej;
   4) poinformować osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz Życie lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania;
   5) poinformować pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o braku możliwości wypłaty świadczenia lub wypłacie w innej wysokości świadczenia, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczyć ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej,
   6) realizować z należytą starannością wszystkie inne obowiązki wynikające z o.w.u oraz zawartej na ich podstawie Umowy ubezpieczenia.
2. Allianz Życie, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem zdania ostatniego, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, a także o wartości wykupu ubezpieczenia, jeżeli z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia przysługuje wykup ubezpieczenia. W przypadku gdy z Umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalane na podstawie Sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, Allianz Życie informuje Ubezpieczającego o zmianie w zakresie Sumy ubezpieczenia. Informacje, o których mowa powyżej, Allianz Życie może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

§ 25. JAKIE SĄ PRAWA UBEZPIECZONEGO?

Ubezpieczony ma prawo:
1) wskazywać, zmieniać i odwoływać Uposażonego na warunkach przewidzianych w niniejszych o.w.u.,
2) żądać by Allianz Życie udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz ogólnych warunków ubezpieczenia.

CZĘŚĆ VIII. REKLAMACJE I POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Dowiedz się gdzie możesz się zwrócić gdybyś był niezadowolony z ubezpieczenia.

§ 26. JAK POSTĘPOWAĆ W PRZYPADKU SKŁADANIA REKLAMACJI?

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-73604-64978-TAJBC-22;

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.

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.

§ 27. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z Umową ubezpieczenia powinny być składane w formie pisemnej, chyba że o.w.u. dopuszczają inną formę komunikacji lub strony uzgodnią inaczej. Jeżeli Allianz Życie udostępni możliwość komunikacji drogą telefoniczną lub elektroniczną w innych sprawach niż przewidziane w o.w.u, zawiadomienia i oświadczenia związane z wykonywaniem Umowy, będą mogły być składane również w innej formie.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Allianz Życie są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. a w przypadku Ubezpieczonego również o każdej zmianie danych osobowych.
3. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u. mogą być wprowadzone do Umowy ubezpieczenia w porozumieniu z Ubezpieczającym i Ubezpieczonymi odrębnym aneksem.
4. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
5. Bieg przedawnienia roszczeń przerywa się przez zgłoszenie Allianz Życie roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
6. Przy wykonywaniu Umowy ubezpieczenia prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeku cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z tytułu Umowy ubezpieczenia.
8. 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.
9. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz Życie jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w biurze Allianz Życie (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa).
10. O.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 45/2026 i wchodzą w życie w dniu 18 kwietnia 2026 r.

KATALOG ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
I.	**24 GODZINNA INFORMACJA O USŁUGACH I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH DOSTĘPNYCH W RAMACH UMOWY UBEZPIECZENIA**							
	Przez całą dobę Ubezpieczony za pośrednictwem Infolinii medycznej ma dostęp do telefonicznej informacji o należnych danemu Ubezpieczonemu Placówkach medycznych dostępnych w ramach Sieci placówek medycznych i Świadczeniach zdrowotnych dostępnych w ramach Wariantu ubezpieczenia, oraz o warunkach i sposobie uzyskania Świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju	•	•	•	•	•	•	–
II.	**REZERWACJA WIZYT**							
1.	**Za pośrednictwem Centrum Świadczeń Medycznych**							
	Przez całą dobę, 7 dni w tygodniu Centrum Świadczeń Medycznych/Infolinia Medyczna przyjmuje rezerwację Świadczeń zdrowotnych	•	•	•	•	•	•	–
2.	**Zamawianie wizyt przez Internet**							
	By umówić wizytę przez Internet Ubezpieczony powinien: wejść na stronę zdrowotne.allianz.pl, wybrać Placówkę medyczną i Świadczenie zdrowotne, wypełnić formularz rezerwacji online. Potwierdzenie rezerwacji wizyty zostanie przesłane SMS-em na podany numer telefonu	•	•	•	•	•	•	–
3.	**Rezerwacja Świadczeń zdrowotnych bezpośrednio w Placówce medycznej**							
	Ubezpieczony ma możliwość realizacji Świadczeń zdrowotnych zorganizowanych samodzielnie w Placówkach medycznych posiadających system EWKA	•	•	•	•	•	•	–
III.	**SERWIS SMS**							
	SMS potwierdzenie terminu Świadczeń zdrowotnych	•	•	•	•	•	•	–
IV.	**KONSULTACJE DOSTĘPNE W RAMACH WARIANTU UBEZPIECZENIA**							
1.	**Opieka lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej:**							
1)	internista/lekarz chorób wewnętrznych	rabat	•	•	•	•	•	65 zł
2)	lekarz rodzinny/lekarz medycyny rodzinnej	rabat	•	•	•	•	•	65 zł
3)	pediatra (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	rabat	•	•	•	•		65 zł
2.	**Opieka specjalistyczna:**							
1)	alergolog	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
2)	angiolog	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
3)	chirurg ogólny	•	•	•	•	•	•	75 zł
4)	chirurg dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	•	•	•	•	•		75 zł
5)	chirurg naczyniowy	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
6)	dermatolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
7)	dermatolog wenerolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
8)	diabetolog	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
9)	gastrolog/gastroenterolog	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
10)	ginekolog /ginekolog-położnik	•	•	•	•	•	•	75 zł
11)	hematolog	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
12)	hematolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	•	rabat	•	•	•		75 zł
13)	hepatolog	•	rabat	•	•	•	•	75 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
14)	kardiolog	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
15)	kardiolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	•	rabat	•	•	•		75 zł
16)	laryngolog/otolaryngolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
17)	laryngolog/otolaryngolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	•	•	•	•	•		75 zł
18)	neurolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
19)	neurolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	•	•	•	•	•		75 zł
20)	neurochirurg	•	•	•	•	•	•	75 zł
21)	okulista	•	•	•	•	•	•	75 zł
22)	ortopeda	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
23)	ortopeda traumatolog	•	rabat	•	•	•	•	75 zł
24)	pulmonolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
25)	reumatolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
26)	urolog	•	•	•	•	•	•	75 zł
27)	urolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	•	•	•	•	•		75 zł
28)	chirurg onkolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
29)	endokrynolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
30)	ginekolog endokrynolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
31)	ginekolog onkolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
32)	hipertensjolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
33)	onkolog	rabat	rabat	rabat	•	•	•	75 zł
34)	onkolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego lub Pakietu Partnerskiego)	rabat	rabat	rabat	•	•		75 zł
35)	geriatra	rabat	rabat	rabat	rabat	•	•	75 zł
36)	androlog	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
37)	lekarz rehabilitant (limit – 4 konsultacje w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
38)	dietetyk	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
39)	lekarz chorób zakaźnych	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
40)	nefrolog	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
41)	proktolog	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
42)	seksuolog	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
43)	psychiatra (limit – 4 wizyty w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
44)	psychiatra dziecięcy (dla dzieci ubezpieczonych w Pakietach Rodzinnych lub Pakietach Rodzinnych; limit – 4 konsultacje w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	rabat	rabat	rabat	rabat	•		75 zł
45)	psycholog (limit – 4 konsultacje w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
	Dzieci ubezpieczone w Pakietach Rodzinnych lub Pakietach Partnerskich mogą korzystać również z porad innych specjalistów w ramach posiadanego Wariantu ubezpieczenia							
V.	**KONSULTACJE LEKARZA DYŻURNEGO**							

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
	Usługa dostępna na terenie kraju w Placówkach medycznych wskazanych za pośrednictwem Infolinii medycznej obejmująca konsultację lekarską dostępnego lekarza dyżurnego (internisty/lekarza chorób wewnętrznych, lekarza rodzinnego/medycyny rodzinnej, pediatry dla dzieci ubezpieczonych w Pakiecie Partnerskim lub Rodzinnym)	rabat	rabat	•	•	•	•	Nie podlega refundacji
VI.	**KONSULTACJE PROFESORSKIE I PORADA RECEPTUROWA**							
1.	Porada recepturowa (bez konsultacji lekarskiej)	•	•	•	•	•	•	30 zł
2.	Konsultacja profesorska przebiegu leczenia				•	•		120 zł
3.	Konsultacja profesorska					•		120 zł
VII.	**WIZYTY DOMOWE**							
1.	Limitowane Wizyty domowe (limit – 2 wizyty w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)			•			•	100 zł
2.	Nielimitowane Wizyty domowe				•	•		100 zł
VIII.	**PROWADZENIE CIĄŻY**							
	Obejmuje opiekę lekarza ginekologa (ginekologa-położnika), konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne dostępne dla danego Ubezpieczonego w ramach wybranego Wariantu ubezpieczenia. Badania wykonywane są na podstawie Skierowania lekarskiego	•	•	•	•	•		–
IX.	**SZKOŁA RODZENIA**							
	Allianz Życie zapewnia zwrot kosztów uczestnictwa Ubezpieczonego w wybranej przez niego szkole rodzenia; aby uzyskać zwrot kosztów uczestnictwa w zajęciach szkoły rodzenia Ubezpieczony jest zobowiązany, niezwłocznie po zakończeniu zajęć przesłać dowody poniesionych kosztów wystawione przez szkołę rodzenia, wskazujące wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł					•		500 zł
X.	**KONSULTACYJNE ZABIEGI AMBULATORYJNE**							
1.	**z zakresu alergologii:**							
1)	odczulanie lekiem Ubezpieczonego polegające na wykonaniu serii zastrzyków w określonym przez lekarza alergologa czasie	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
2)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: kontaktowych/płatkowych (PATCH) wraz z odczytem (zestaw)	rabat	rabat	•	•	•	•	80 zł
3)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: kontaktowych/płatkowych (PATCH) – 1 alergen	rabat	rabat	•	•	•	•	5 zł
4)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK)/metodą nakłuć – panel alergenów mieszany	rabat	rabat	•	•	•	•	80 zł
5)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK)/metodą nakłuć – panel alergenów pokarmowych	rabat	rabat	•	•	•	•	80 zł
6)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK)/metodą nakłuć – panel alergenów wziewnych	rabat	rabat	•	•	•	•	80 zł
7)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK) – 1 alergen	rabat	rabat	•	•	•	•	5 zł
2.	**z zakresu chirurgii:**							
1)	wycięcie klinowe wrastającego paznokcia	•	•	•	•	•	•	90 zł
2)	leczenie zanokcicy z wycięciem klinowym paznokcia lub usunięciem płytki paznokciowej	•	•	•	•	•	•	90 zł
3)	nacinanie i drenaż ropnia skóry	•	•	•	•	•	•	50 zł
4)	nacinanie i drenaż krwiaka	•	•	•	•	•	•	50 zł
5)	nacinanie i drenaż czyraka	•	•	•	•	•	•	50 zł
6)	opatrzenie drobnych urazów: rany, skręcenia, zwichnięcia	•	•	•	•	•	•	25 zł
7)	opatrzenie drobnych oparzeń i odmrożeń	•	•	•	•	•	•	25 zł
8)	proste zamknięcie powierzchownych ran	•	•	•	•	•	•	60 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
9)	usunięcie ciała obcego, kleszcza	•	•	•	•	•	•	30 zł
10)	założenie prostego opatrunku chirurgicznego	•	•	•	•	•	•	20 zł
11)	zdejmowanie szwów	•	•	•	•	•	•	25 zł
12)	zmiana prostego opatrunku i toaleta rany	•	•	•	•	•	•	25 zł
13)	iniekcja dostawowa (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	rabat	rabat	•	•	•	rabat	30 zł
14)	punkcja stawów	rabat	rabat	•	•	•	rabat	30 zł
3.	**z zakresu dermatologii:**							
1)	zeskrobiny zarażonej grzybem płytki paznokcia	•	•	•	•	•	rabat	30 zł
2)	dermatoskopia	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
4.	**z zakresu ginekologii:**							
1)	pobranie i wykonanie standardowego wymazu cytologicznego	•	•	•	•	•	•	35 zł
2)	pobranie i wykonanie wymazu cytohormonalnego	•	•	•	•	•	•	35 zł
3)	badanie czystości pochwy – biocenoza	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	35 zł
4)	badanie KTG	rabat	rabat	rabat	rabat	•		25 zł
5)	elektrokoagulacja szyjki macicy	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	150 zł
6)	krioterapia nadżerek	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	150 zł
7)	kolposkopia	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	100 zł
5.	**z zakresu okulistyki:**							
1)	badanie pola widzenia (perymetria)	•	•	•	•	•	•	35 zł
2)	gonioskopia (ocena kąta przesączania)	•	•	•	•	•	•	14 zł
3)	płukanie dróg łzowych	•	•	•	•	•	•	50 zł
4)	badanie dna oka	•	•	•	•	•	•	10 zł
5)	badanie forii	•	•	•	•	•	•	10 zł
6)	biometria	•	•	•	•	•	•	15 zł
7)	pachymetria	•	•	•	•	•	•	20 zł
8)	badanie lampą szczelinową	•	•	•	•	•	•	Patrz § 18 ust. 11
9)	badanie ostrości widzenia	•	•	•	•	•	•	
10)	dobór szkieł okularowych	•	•	•	•	•	•	
11)	egzoftalmometria (badanie wytrzeszczu)	•	•	•	•	•	•	
12)	opatrunek oczny z lekiem	•	•	•	•	•	•	
13)	pomiar ciśnienia śródgałkowego,	•	•	•	•	•	•	
14)	refraktometria (komputerowe badanie wzroku)	•	•	•	•	•	•	
15)	skiaskopia/retinoskopia (badanie refrakcji oka)	•	•	•	•	•	•	
16)	usunięcie ciała obcego z oka/powieki	•	•	•	•	•	•	
6.	**z zakresu ortopedii:**							
1)	wykonanie doraźnego unieruchomienia w zwichnięciach, skręceniach i drobnych złamaniach	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
2)	założenie lub zdjęcie opatrunku gipsowego (w cenie koszt opaski gipsowej)	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
3)	iniekcja dostawowa (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	rabat	rabat	•	•	•	rabat	30 zł
4)	punkcje stawów	rabat	rabat	•	•	•	rabat	30 zł
7.	**z zakresu urologii:**							

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
1)	cewnikowanie pęcherza moczowego	•	•	•	•	•	•	25 zł
2)	płukanie pęcherza moczowego	•	•	•	•	•	•	25 zł
3)	wymiana cewnika	•	•	•	•	•	•	25 zł
	Ubezpieczony pokrywa koszty cewnika							
8.	**z zakresu laryngologii:**							
1)	opatrunek uszny z lekiem	•	•	•	•	•	•	20 zł
2)	pędzlowanie gardła,	•	•	•	•	•	•	20 zł
3)	pędzlowanie jamy ustnej	•	•	•	•	•	•	20 zł
4)	płukanie uszu	•	•	•	•	•	•	20 zł
5)	postępowanie zachowawcze w przypadku krwawienia z nosa (założenie gąbki spongostanowej, założenie i usunięcie tamponady przedniej nosa, koagulacja naczyń splotu Kisselbacha)	•	•	•	•	•	•	20 zł
6)	przedmuchiwanie trąbek słuchowych	•	•	•	•	•	•	20 zł
7)	usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła	•	•	•	•	•	•	20 zł
8)	punkcje zatok	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
9)	płukanie zatok metodą Proteza	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
10)	płukanie zatok po operacji Caldvell-Luca	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
11)	anemizacja ujścia zatok	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
12)	paracenteza	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
XI.	**AMBULATORYJNA OPIEKA PIELĘGNIARSKA**							
	Na podstawie Skierowania lekarskiego Allianz Życie zapewnia następujące usługi:							
1.	iniekcje dożylne (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	•	•	•	•	•	•	10 zł
2.	iniekcje domięśniowe (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	•	•	•	•	•	•	10 zł
3.	iniekcje podskórne (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	•	•	•	•	•	•	10 zł
4.	iniekcje śródskórne (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	•	•	•	•	•	•	10 zł
5.	pomiar ciśnienia tętniczego	•	•	•	•	•	•	5 zł
6.	próba uczuleniowa na lek	•	•	•	•	•	•	10 zł
7.	podłączenie wlewu dożylnego/kroplowego (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków, płynów)	•	•	•	•	•	•	20 zł
8.	zmiana prostego opatrunku i toaleta rany	•	•	•	•	•	•	25 zł
9.	lewatywa	•	•	•	•	•	•	20 zł
10.	inhalacje (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	15 zł
XII.	**DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA (wykonywana na podstawie Skierowania lekarskiego)**							
1.	**Badania biochemiczne z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	amylaza/diastaza (AMY)	•	•	•	•	•	•	8 zł
2)	azot mocznikowy (BUN)	•	•	•	•	•	•	6 zł
3)	białko całkowite (BCA)	•	•	•	•	•	•	7 zł
4)	białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)	•	•	•	•	•	•	19 zł
5)	bilirubina całkowita (BILC/BIL total)	•	•	•	•	•	•	7 zł
6)	bilirubina bezpośrednia /sprzężona/związana (BILB/BIL direct)	•	•	•	•	•	•	7 zł
7)	bilirubina pośrednia/wolna	•	•	•	•	•	•	7 zł
8)	chlorki	•	•	•	•	•	•	7 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
9)	czynnik reumatoidalny ilościowy	•	•	•	•	•	•	11 zł
10)	czynnik reumatoidalny (RF) lateksowy/jakościowy	•	•	•	•	•	•	11 zł
11)	dehydrogenaza mleczanowa (LDH/LD)	•	•	•	•	•	•	10 zł
12)	fosfataza alkaliczna/zasadowa (ALP/ALK)	•	•	•	•	•	•	7 zł
13)	fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	•	•	•	•	•	•	10 zł
14)	fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)	•	•	•	•	•	•	13 zł
15)	fosfor (P)/fosforan nieorganiczny	•	•	•	•	•	•	6 zł
16)	USR	•	•	•	•	•	•	11 zł
17)	VDRL	•	•	•	•	•	•	11 zł
18)	albumina (ALB)	•	•	•	•	•	•	7 zł
19)	aminotransferaza alaninowa (AlAT/ALT/GPT)	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
20)	aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT)	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
21)	białko C-reaktywne (CRP/hs-CRP) – ilościowo	rabat	•	•	•	•	•	14 zł
22)	białko C-reaktywne (CRP/hs-CRP) – jakościowo	rabat	•	•	•	•	•	14 zł
23)	białko C-reaktywne – test paskowy	rabat	•	•	•	•	•	6 zł
24)	gamma glutamylotranferaza/glutamylotraspeptydaza (GGTP/GGT)	rabat	•	•	•	•	•	9 zł
25)	glukoza na czczo	rabat	•	•	•	•	•	6 zł
26)	glukoza badanie glukometrem	rabat	•	•	•	•	•	5 zł
27)	jonogram: sód (Na) i potas (K)	rabat	•	•	•	•	•	14 zł
28)	jonogram: sód (Na), potas (K), chlorki	rabat	•	•	•	•	•	20 zł
29)	kreatynina /klirens kreatyniny (GFR)	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
30)	mocznik	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
31)	potas (K),	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
32)	próby wątrobowe (ALAT/ALT/GPT, AspAT/AST/GOT),	rabat	•	•	•	•	•	14 zł
33)	sód (Na)	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
34)	kinaza fosfokreatynowa/kreatynowa (CK/CPK)	rabat	•	•	•	•	•	12 zł
35)	kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CKMB) – mass	rabat	•	•	•	•	•	22 zł
36)	kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CKMB) – aktywność	rabat	•	•	•	•	•	22 zł
37)	kwas moczowy	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
38)	magnez (Mg)	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
39)	wapń całkowity (Ca)	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
40)	wapń zjonizowany	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
41)	ceruloplazmina	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
42)	homocysteina	rabat	rabat	rabat	•	•	•	55 zł
43)	lipaza	rabat	rabat	rabat	•	•	•	13 zł
44)	Alfa 1 – antytrypsyna	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
45)	Alfa 1 – kwaśna glikoproteina	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
46)	amoniak	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
47)	białko C (PC), aktywność	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
48)	białko S	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
49)	cholinesteraza (CHE)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	15 zł
50)	cynk (Zn)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
51)	cystatyna C	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
52)	dopełniacz – składowa C3	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	39 zł
53)	dopełniacz – składowa C4	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	39 zł
54)	miedź	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
55)	prokalcytonina (PCT) – półilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
56)	prokalcytonina (PCT) – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
2.	**Diagnostyka miażdżycy – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	cholesterol – badanie paskowe	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
2)	cholesterol całkowity (CHOL)	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
3)	cholesterol HDL	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
4)	cholesterol LDL	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
5)	lipidogram (TC, HDL, LDL, TRG/TG)	rabat	•	•	•	•	•	26 zł
6)	triglicerydy (TRIG/TG)	rabat	•	•	•	•	•	8 zł
7)	lipoproteina A	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
8)	lipoproteina X	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
3.	**Diagnostyka chorób tarczycy – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	hormon tyreotropowy (TSH)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	20 zł
2)	trójjodotyronina całkowita (TT3)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	19 zł
3)	trójjodotyronina wolna (FT3)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	22 zł
4)	tyroksyna całkowita (TT4)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	19 zł
5)	tyroksyna wolna (FT4)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	22 zł
6)	przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
7)	przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
4.	**Diagnostyka cukrzycy – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	glukoza/cukier na czczo	rabat	•	•	•	•	•	6 zł
2)	glukoza po obciążeniu/krzywa glukozowa – 50 g	rabat	rabat	•	•	•	•	13 zł
3)	glukoza po obciążeniu/krzywa glukozowa – 75 g	rabat	rabat	•	•	•	•	13 zł
4)	hemoglobina glikowana/glikozylowana (HbA1c)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	25 zł
5)	c-peptyd	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
6)	fruktozamina/ izoglukozamina	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	10 zł
7)	insulina	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
8)	insulina po posiłku	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
5.	**Diagnostyka choroby wieńcowej – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	troponina I	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
2)	troponina T	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
6.	**Diagnostyka niedokrwistości (anemii) – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	żelazo (Fe)	•	•	•	•	•	•	8 zł
2)	żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)	rabat	•	•	•	•	•	13 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
3)	transferyna	rabat	•	•	•	•	•	25 zł
4)	kwas foliowy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	31 zł
5)	ferrytyna	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
6)	witamina B12 (cyjanokobalamina)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	32 zł
7)	żelazo – krzywa wchłaniania	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	25 zł
7.	**Diagnostyka osteoporozy i zaburzeń kostnych – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	parathormon (intact)	rabat	rabat	•	•	•	rabat	38 zł
2)	C-telopeptyd kolagenu typu I (ICTP)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
3)	kalcytonina	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
4)	osteokalcyna	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	45 zł
8.	**Markery nowotworowe – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	alfa-fetoproteina (AFP)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	31 zł
2)	antygen CA 125 (CA 125)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	38 zł
3)	antygen CA 15-3 (15-3)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	38 zł
4)	antygen CA 19-9 (CA 19-9)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	38 zł
5)	antygen karcynoembrionalny/rakowozarodkowy (CEA)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	31 zł
6)	antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	31 zł
7)	antygen swoisty dla stercza (PSA wolny)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	38 zł
8)	antygen polipeptydowy swoisty (TPS)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
9)	antygen polipeptydowy (TPA)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
10)	gonadotropina kosmówkowa (wolne beta – HCG)	rabat	rabat	•	•	•	rabat	30 zł
9.	**Toksykologia – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	barbiturany w surowicy – jakościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
2)	digoksyna – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
3)	fenytoina – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	45 zł
4)	kwas walproinowy – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
5)	karbamazepina – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
6)	kwasy żółciowe całkowite – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	45 zł
7)	lit (Li) – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	15 zł
8)	salicylany – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	45 zł
9)	teofilina – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	45 zł
10.	**Badania hematologiczne z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	grupa krwi	•	•	•	•	•	•	25 zł
2)	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	rabat	•	•	•	•	•	9 zł
3)	czas krwawienia	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
4)	czas krzepnięcia	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
5)	czas krwawienia i krzepnięcia	rabat	•	•	•	•	•	9 zł
6)	czas trombinowy (TT)	rabat	•	•	•	•	•	10 zł
7)	czas protrombinowy (PT/wskaźnik Quicka/INR)	rabat	•	•	•	•	•	10 zł
8)	fibrynogen (czynnik krzepnięcia I)	rabat	•	•	•	•	•	11 zł
9)	koagulogram (PT, APTT, fibrynogen, czas trombinowy)	rabat	•	•	•	•	•	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
10)	morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC), płytki krwi	rabat	•	•	•	•	•	10 zł
11)	morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC), płytki krwi – automatyczne zliczanie odsetek leukocytów	rabat	•	•	•	•	•	10 zł
12)	morfologia krwi obwodowej z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów	rabat	•	•	•	•	•	10 zł
13)	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB – odczyn Biernackiego)	rabat	•	•	•	•	•	5 zł
14)	płytki krwi	rabat	•	•	•	•	•	5 zł
15)	rozmaz krwi obwodowej	rabat	•	•	•	•	•	10 zł
16)	retikulocyty	rabat	•	•	•	•	•	7 zł
17)	antytrombina III (AT III)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	38 zł
18)	badanie przeglądowe alloprzeciwciał (anty-RH)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	24 zł
19)	bezpośredni test antyglobulinowy – odczyn Coombsa BTA	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	24 zł
20)	d-dimery – badanie ilościowe	rabat	rabat	rabat	•	•	•	40 zł
21)	pośredni test antyglobulinowy – odczyn Coombsa PTA	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	24 zł
22)	produkty degradacji fibryny i fibrynogenu(FDP)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	40 zł
23)	czynnik krzepnięcia V aktywność (proakceleryna)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
24)	czynnik krzepnięcia VII aktywność (prokonwertyna)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
25)	czynnik krzepnięcia VIII aktywność (czynnik antyhemofilowy A)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
26)	czynnik krzepnięcia IX aktywność (czynnik antyhemofilowy B)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
27)	czynnik krzepnięcia XI aktywność (czynnik Rosenthala)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
28)	czynnik krzepnięcia XII aktywność (czynnik Hagemana)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
29)	czynnik von Willerbranda	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
30)	plazminogen	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
11.	**Badania immunologiczne oraz diagnostyka alergii – badania z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	immunoglobuliny A całkowite/nieswoiste(IgA)	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
2)	immunoglobuliny E całkowite/nieswoiste (IgE)	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
3)	immunoglobuliny G całkowite/nieswoiste (IgG)	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
4)	immunoglobuliny M całkowite/nieswoiste (IgM)	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
5)	immunoglobuliny łącznie (IgG, IgA, IgM)	rabat	rabat	•	•	•	•	70 zł
12.	**Badania serologiczne z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	odczyn Waaler-Rosego	•	•	•	•	•	•	14 zł
2)	odczyn Wassermanna (WR)	•	•	•	•	•	•	11 zł
3)	USR	•	•	•	•	•	•	11 zł
4)	VDRL	•	•	•	•	•	•	11 zł
5)	antygen HBs (HbsAg, HBs)	rabat	•	•	•	•	•	20 zł
6)	antygen HBs – test potwierdzenia	rabat	•	•	•	•	•	25 zł
7)	antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)	rabat	•	•	•	•	•	12 zł
8)	antygen Hbe (HbeAg)	rabat	rabat	•	•	•	•	35 zł
9)	mioglobina	rabat	rabat	•	•	•	•	35 zł
10)	przeciwciała Hbe	rabat	rabat	•	•	•	•	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
11)	przeciwciała anty-HBc całkowite	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
12)	przeciwciała anty-HBc IgG	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
13)	przeciwciała anty-HBc IgM	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
14)	przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV1	rabat	rabat	•	•	•	•	36 zł
15)	przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV2	rabat	rabat	•	•	•	•	36 zł
16)	przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgG	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
17)	przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgM	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
18)	przeciwciała p. HBs (anty-HBs)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
19)	przeciwciała p. HCV (anty-HCV)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	36 zł
20)	przeciwciała p. Helicobacter pylori – test ilościowy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
21)	przeciwciała p. Helicobacter pylori – test jakościowy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
22)	przeciwciała p. Toksoplazmoza gondii klasy IgG	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
23)	przeciwciała p. Toksoplazmoza gondii klasy IgM	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
24)	przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgG	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
25)	przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgM	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
26)	antykoagulant toczniowy	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
27)	czynnik LE	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
28)	przeciwciała anti-Sm	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	65 zł
29)	przeciwciała anti-SS-A (Ro)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	55 zł
30)	przeciwciała anti-SS-B (La)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	55 zł
31)	przeciwciała anty-Cardiolipiny IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
32)	przeciwciała anty-Cardiolipiny IgM	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
33)	przeciwciała anty-Phospholipid IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
34)	przeciwciała anty-Phospholipid IgM	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
35)	przeciwciała anty receptorom TSH	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
36)	przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
37)	przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
38)	przeciwciała p. Borelioza IgG (Borrelia burgdorferi IgG)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
39)	przeciwciała p. Borelioza IgM (Borrelia burgdorferi IgM)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	38 zł
40)	przeciwciała p. cytoplazmie ANCA (cANCA, pANCA, aANCA)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	75 zł
41)	przeciwciała p. Gliadyna klasa IgA	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	55 zł
42)	przeciwciała p. Gliadyna klasa IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	55 zł
43)	przeciwciała p. Gliadyna IgA+ IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	100 zł
44)	przeciwciała p. krztuśćcowe (Bordetella pertusis) IgA	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
45)	przeciwciała p. krztuścowe (Bordetella pertusis) IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
46)	przeciwciała p. krztuścowe (Bordetella pertusis) IgM	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
47)	przeciwciała p. jądrowe (ANA) – ilościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
48)	przeciwciała p. jądrowe (ANA) – jakościowo	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
49)	przeciwciała p. Mycoplasma pneumoniae IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
50)	przeciwciała p. Mycoplasma pneumoniae IgM	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
51)	przeciwciała p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) – klasa IgA	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
52)	przeciwciała p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) – klasa IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
53)	przeciwciała p. toxokarozie	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	70 zł
54)	przeciwciała p. wirusowi Ebsteina-Barra – EBV IgG (Mononukleoza)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
55)	przeciwciała p. wirusowi Ebsteina-Barra – EBV IgM (Mononukleoza)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
56)	przeciwciała p. Yersinia enterocolitica IgA	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
57)	przeciwciała p. Yersinia enterocolitica IgG	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
58)	przeciwciała p. Yersinia enterocolitica IgM	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
59)	toksoplazmoza IgG awidność	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
13.	**Badania hormonalne z krwi (pobranie krwi w cenie badania):**							
1)	estradiol	rabat	rabat	•	•	•	rabat	24 zł
2)	estriol	rabat	rabat	•	•	•	rabat	34 zł
3)	gonadotropina kosmówkowa (total beta HCG) – próba ciążowa	rabat	rabat	•	•	•		30 zł
4)	progesteron	rabat	rabat	•	•	•	rabat	24 zł
5)	prolaktyna/laktotropina /PRL	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
6)	testosteron całkowity	rabat	rabat	•	•	•	•	24 zł
7)	hormon tyreotropowy/tyreotropina (TSH)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	20 zł
8)	trójjodotyronina całkowita (TT3)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	19 zł
9)	trójjodotyronina wolna (fT3)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	22 zł
10)	tyroksyna całkowita (TT4)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	19 zł
11)	tyroksyna wolna (fT4)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	22 zł
12)	hormon folikulotropowy (FSH)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	24 zł
13)	hormon luteinizujący/lutropina (LH)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	24 zł
14)	kortyzol/glikokortykosteroid	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	30 zł
15)	tyreoglobulina (TG)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	40 zł
16)	adrenalina	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	55 zł
17)	aldosteron	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
18)	androstendion	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
19)	dehydroepiondrosteron DHEA	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
20)	esteraza acetyloholinowa	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
21)	gastryna	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
22)	hormon adrenokortykotropowy (ACTH)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	25 zł
23)	hormon wzrostu / Hgh	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
24)	hormon wzrostu / hGH po obciążeniu	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
25)	siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
26)	SHBG – globulina wiążąca hormony płciowe	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
27)	testosteron wolny	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
28)	17 OH Progesteron	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	45 zł
14.	**Badania bakteriologiczne:**							
1)	posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) kału	•	rabat	•	•	•	•	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
2)	posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) krwi	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
3)	posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) plwociny	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
4)	posiew kału w kierunku Salmonella – Shigella	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
5)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z cewki moczowej	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
6)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z gardła	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
7)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z jamy ustnej	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
8)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z nosa	•	rabat	•	•	•	•	35 zł
9)	posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) moczu	rabat	rabat	•	•	•	•	35 zł
10)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) spod napletka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
11)	wymaz i posiew ((identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z czyraka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
12)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z kanału szyjki macicy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
13)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z oka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
14)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z pochwy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
15)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z rany	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
16)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z ucha	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
17)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) ze zmiany ropnej	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
18)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) ze zmiany skórnej	rabat	rabat	rabat	•	•	•	35 zł
19)	wymaz z pochwy w kierunku GBS (paciorkowca B-hemolizującego grupy B)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	35 zł
15.	**Badania mykologiczne w kierunku drożdży, grzybów, pleśni z antymykogramem:**							
1)	z cewki moczowej	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
2)	z gardła	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
3)	z jamy ustnej	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
4)	z kału	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
5)	z krwi	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
6)	z plwociny	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
7)	z nosa	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
8)	z moczu	rabat	rabat	•	•	•	•	30 zł
9)	spod napletka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
10)	z czyraka,	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
11)	z kanału szyjki macicy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
12)	z oka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
13)	z pochwy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
14)	z rany	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
15)	z ucha	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
16)	ze zmiany ropnej	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
17)	ze zmiany skórnej	rabat	rabat	rabat	•	•	•	30 zł
16.	**Badania moczu:**							
1)	amylaza/diastaza (AMY)	•	•	•	•	•	•	8 zł
2)	amylaza/diastaza z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	8 zł
3)	badanie ogólne moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
4)	badanie ogólne moczu – badanie paskowe	•	•	•	•	•	•	7 zł
5)	białko ilościowe	•	•	•	•	•	•	7 zł
6)	białko z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
7)	białko Bence-Jonesa metodą immunofiksacji	•	•	•	•	•	•	10 zł
8)	bilirubina	•	•	•	•	•	•	7 zł
9)	glukoza/cukier i ketony	•	•	•	•	•	•	7 zł
10)	glukoza/cukier z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
11)	urobilinogen	•	•	•	•	•	•	7 zł
12)	kreatynina	•	•	•	•	•	•	7 zł
13)	kreatynina z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
14)	chlorki	•	•	•	•	•	•	7 zł
15)	chlorki z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
16)	fosfor (P)/fosforan nieorganiczny	•	•	•	•	•	•	7 zł
17)	fosfor (P)/fosforan nieorganiczny z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
18)	jonogram: sód (Na), potas (K)	•	•	•	•	•	•	10 zł
19)	jonogram: sód (Na), potas (K), chlorki	•	•	•	•	•	•	14 zł
20)	klirens kreatyniny z dobowej zbiórki moczu (GHR)	•	•	•	•	•	•	11 zł
21)	kwas moczowy	•	•	•	•	•	•	7 zł
22)	kwas moczowy z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
23)	liczba Addisa z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	13 zł
24)	magnez całkowity (Mg)	•	•	•	•	•	•	7 zł
25)	magnez (Mg) z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
26)	mocznik	•	•	•	•	•	•	7 zł
27)	mocznik z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
28)	potas (K)	•	•	•	•	•	•	7 zł
29)	potas (K) z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
30)	sód (Na)	•	•	•	•	•	•	7 zł
31)	sód (Na) z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
32)	wapń całkowity (Ca)	•	•	•	•	•	•	7 zł
33)	wapń z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	•	7 zł
34)	wydalanie wapnia w stosunku do kreatyniny	•	•	•	•	•	•	7 zł
35)	test ciążowy/ gonadotropina kosmówkowa (HCG)	rabat	rabat	•	•	•		18 zł
36)	ALA w moczu (kwas detaaminolewulinowy)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
37)	aldosteron (dobowa zbórka moczu)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
38)	cynk	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
39)	koproporfiryna w moczu	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	40 zł
40)	kwas wanilinomigdałowy (dobowa zbiórka moczu)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
41)	pyrylinks D/kreatynina	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	60 zł
42)	17-hydroksykotysteroidy (dobowa zbiórka moczu)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł
43)	17-ketosterydy (dobowa zbiórka moczu)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
17.	**Badania kału:**							
1)	badanie ogólne kału	•	•	•	•	•	•	13 zł
2)	cysty lamblii (ELISA)	rabat	•	•	•	•	•	27 zł
3)	jaja pasożytów	rabat	•	•	•	•	•	13 zł
4)	kał na krew utajoną (FOBT)	rabat	•	•	•	•	•	15 zł
5)	pojedyncze badanie w kierunku Shigella Salmonella	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
6)	3 krotne badanie kału w kierunku Shigella Salmonella	rabat	•	•	•	•	•	100 zł
7)	owsiki – wymaz parazytologiczny	rabat	rabat	•	•	•	•	20 zł
8)	helicobacter pylorii	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
9)	kał na resztki pokarmowe	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	10 zł
10)	kał na wolne kwasy tłuszczowe	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
11)	kał na tłuszcze obojętne	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	20 zł
12)	ph kału	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	10 zł
13)	rota i adenowirusy	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	30 zł
18.	**Badania histopatologiczne**							
1)	pobranie i ocena preparatu histopatologicznego z fragmentów tkankowych pobranych podczas badań i zabiegów ambulatoryjnych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach posiadanego Wariantu ubezpieczenia		•	•	•	•	•	55 zł
XIII.	**BADANIA ENDOSKOPOWE (wykonywane na podstawie Skierowania lekarskiego)**							
1.	gastroskopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	•	•	•	•	90 zł
2.	gastroskopia/gastrofiberoskopia z biopsją	rabat	rabat	•	•	•	•	150 zł
3.	gastroskopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna z wykonaniem testu ureazowego	rabat	rabat	•	•	•	•	150 zł
4.	gastroduodenoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	•	•	•	•	90 zł
5.	gastroduodenoskopia z biopsją	rabat	rabat	•	•	•	•	150 zł
6.	rektoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	•	•	•	•	100 zł
7.	rektoskopia z biopsją	rabat	rabat	•	•	•	•	150 zł
8.	kolonoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	rabat	•	•	•	200 zł
9.	kolonoskopia z biopsją	rabat	rabat	rabat	•	•	•	250 zł
9.	sigmoidoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	rabat	•	•	•	150 zł
10.	sigmoidoskopia z biopsją	rabat	rabat	rabat	•	•	•	200 zł
11.	anoskopia diagnostyczna	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	80 zł
12.	anoskopia z biopsją	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	130 zł
13.	Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztu znieczulenia powierzchownego.							
XIV.	**BADANIA RADIOLOGICZNE Z OPISEM – RTG (wykonywane na podstawie Skierowania lekarskiego)**							
	Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztu kontrastu używanego do badań radiologicznych oraz RTG:							
1.	klatki piersiowej AP	•	•	•	•	•	•	35 zł
2.	klatki piersiowej AP i bok	•	•	•	•	•	•	50 zł
3.	klatki piersiowej bok	•	•	•	•	•	•	35 zł
4.	mostka	•	•	•	•	•	•	35 zł
5.	żeber	•	•	•	•	•	•	35 zł
6.	żeber skos	•	•	•	•	•	•	35 zł
7.	czaszki (1 projekcja)	rabat	•	•	•	•	•	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
8.	czaszki AP + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
9.	czaszki celowane na siodełko tureckie	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
10.	czaszki – kanały nerwów czaszkowych	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
11.	czaszki półosiowe wg Orleya /potylicy wg Towna	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
12.	czaszki – podstawy	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
13.	celowany na szyjkę kości udowej	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
14.	dłoni/ręki(rąk) AP + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
15.	dłoni/ręki (rąk) porównawcze	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
16.	górnego odcinka przewodu pokarmowego (badanie przełyku, żołądka i dwunastnicy)	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
17.	jamy brzusznej – przeglądowe	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
18.	kości jarzmowych	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
19.	kości krzyżowo-ogonowej AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
20.	kości krzyżowo-ogonowej AP + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
21.	kości krzyżowo-ogonowej bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
22.	kości nosa	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
23.	kości piętowej	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
24.	kości piętowej osiowe + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
25.	kości piętowej osiowe	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
26.	kości piętowej bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
27.	kości piętowych	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
28.	kości podudzia AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
29.	kości podudzia bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
30.	kości podudzia AP+bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
31.	kości obu podudzi (porównawcze)	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
32.	kości ramiennej AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
33.	kości ramiennej bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
34.	kości ramiennej AP+bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
35.	kości skroniowej	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
36.	kości udowej AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
37.	kości udowej bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
38.	kości udowej AP+bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
39.	kręgosłupa – całego	rabat	•	•	•	•	•	70 zł
40.	kręgosłupa lędźwiowego AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
41.	kręgosłupa lędźwiowego AP + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
42.	kręgosłupa lędźwiowego bok/skos	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
43.	kręgosłupa lędźwiowego czynnościowe	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
44.	kręgosłupa lędźwiowego-krzyżowego	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
45.	kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego czynnościowe	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
46.	kręgosłupa piersiowego AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
47.	kręgosłupa piersiowego bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
48.	kręgosłupa piersiowego AP + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
49.	kręgosłupa piersiowego czynnościowe	rabat	•	•	•	•	•	35 ł
50.	kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
51.	kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego AP+bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
52.	kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
53.	kręgosłupa (skolioza)	rabat	•	•	•	•	•	70 zł
54.	kręgosłupa szyjnego AP + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
55.	kręgosłupa szyjnego czynnościowe	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
56.	kręgosłupa szyjnego – bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
57.	kręgosłupa szyjnego skosy	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
58.	kręgosłupa szyjnego celowane na ząb obrotnika	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
59.	krtani	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
60.	łopatki AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
61.	łopatki osiowe	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
62.	łopatki AP + osiowe	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
63.	łopatek (porównawcze)	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
64.	nadgarstka celowane na kość łódeczkową	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
65.	nadgarstka AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
66.	nadgarstka AP+bok/skos	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
67.	nadgarstka bok/skos	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
68.	nadgarstków	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
69.	nosogardzieli	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
70.	obojczyka	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
71.	obojczyka porównawcze	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
72.	obu rzepek	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
73.	osiowe rzepki	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
74.	ocena wczesnych zmian reumatoidalnych rąk	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
75.	oczodołów PA	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
76.	oczodołów PA+bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
77.	okolicy tarczycy i szyi	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
78.	palca (palców) ręki	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
79.	palca (palców) stopy	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
80.	przełyku	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
81.	przedramienia AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
82.	przedramienia bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
83.	przedramienia AP + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
84.	stawu barkowego AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
85.	stawu barkowego AP+osiowe	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
86.	stawu barkowego osiowe	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
87.	stawów barkowych	rabat	•	•	•	•	•	50 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
88.	stawu biodrowego AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
89.	stawu biodrowego AP+osiowe	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
90.	stawu biodrowego osiowe	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
91.	stawów biodrowych	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
92.	stawu kolanowego AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
93.	stawu kolanowego bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
94.	stawu kolanowego AP + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
95.	stawu kolanowego tunelowe	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
96.	stawów kolanowych	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
97.	stawów krzyżowo-biodrowych	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
98.	stawu łokciowego AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
99.	stawu łokciowego AP+ bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
100.	stawu łokciowego bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
101.	stawów łokciowych	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
102.	stawu mostkowo-obojczykowego	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
103.	stawów mostkowo-obojczykowych	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
104.	stawu skokowego AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
105.	stawu skokowego bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
106.	stawu skokowego AP + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
107.	stawów skokowych (porównawcze)	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
108.	stawów skroniowo-żuchwowych	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
109.	stawów skroniowo-żuchwowych czynnościowe	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
110.	miednicy	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
111.	stopy AP	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
112.	stopy bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
113.	stopy AP + bok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
114.	stopy w obciążeniu	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
115.	obu stóp	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
116.	obu stóp w obciążeniu	rabat	•	•	•	•	•	50 zł
117.	ucha	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
118.	tchawicy	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
119.	twarzoczaszki	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
120.	zatok	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
121.	żuchwy (1 projekcja)	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
122.	żuchwy PA + skos	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
123.	badanie mammograficzne	rabat	rabat	•	•	•	•	75 zł
124.	badanie mammograficzne 1 piersi po mastektomii	rabat	rabat	•	•	•	•	65 zł
125.	wlew doodbytniczy	rabat	rabat	•	•	•	•	130 zł
126.	nerek, moczowodów i pęcherza (urografia)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	150 zł
XV.	**BADANIA ULTRASONOGRAFICZNE – USG (wykonywane na podstawie Skierowania lekarskiego):**							

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
1.	**USG – narząd rodny, narządy męskie, ciąża:**							
	Łączna ilość badań (USG – narząd rodny, narządy męskie, ciąża) w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)	10 badań	10 badań	10 badań	10 badań	bez limitu	10 badań	
1)	USG narządu rodnego/miednicy mniejszej (ginekologiczne) – transvaginalne	•	•	•	•	•	•	60 zł
2)	USG ocena szyjki macicy – transvaginalne	•	•	•	•	•	•	60 zł
3)	USG narządu rodnego przez powłoki brzuszne	•	•	•	•	•	•	60 zł
4)	USG prostaty/gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne	•	•	•	•	•	•	60 zł
5)	USG transrektalne (TRUS) – prostata, odbyt i odbytnica	•	•	•	•	•	•	60 zł
6)	USG płodu	•	•	•	•	•	•	60 zł
2.	**USG – jama brzuszna, układ moczowy:**							
1)	USG jamy brzusznej	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
2)	USG układu moczowego (ocena pęcherza moczowego i nerek)	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
3.	**USG – narządu ruchu (stawy i mięśnie):**							
1)	USG barku	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
2)	USG barków	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
3)	USG stawu biodrowego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
4)	USG stawów biodrowych	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
5)	USG stawu skokowego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
6)	USG stawów skokowych	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
7)	USG stawu barkowego/ramiennego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
8)	USG stawów barkowych/ramiennych	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
9)	USG stawu łokciowego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
10)	USG stawów łokciowych	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
11)	USG stawu kolanowego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
12)	USG stawów kolanowych	rabat	•	•	•	•	•	80 zł
13)	USG stawów żuchwowych	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
14)	USG dołów podkolanowych	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
15)	USG mięśni, tkanki podskórnej	rabat	rabat	•	•	•	•	60 zł
16)	USG ręki, stopy	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
17)	USG stawów śródręcza i palców	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
18)	USG nadgarstka	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
19)	USG nadgarstków	rabat	rabat	rabat	•	•	•	100 zł
20)	USG ścięgna Achillesa	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
21)	USG śródstopia	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
4.	**USG – pozostałe:**							
1)	USG piersi	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
2)	biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego (BAC) i jego oceną	rabat	•	•	•	•	•	100 zł
3)	USG tarczycy	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
4)	biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną	rabat	•	•	•	•	•	100 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
5)	USG jąder i najądrzy	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
6)	USG powrózka nasiennego	rabat	•	•	•	•	•	60 zł
7)	USG ślinianek	rabat	rabat	•	•	•	•	60 zł
8)	biopsja cienkoigłowa ślinianek pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną	rabat	rabat	•	•	•	•	100 zł
9)	USG przezciemiączkowe	rabat	rabat	•	•	•		60 zł
10)	USG gałek ocznych i oczodołów	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
11)	USG zatok	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
12)	USG klatki piersiowej i śródpiersia	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
13)	USG krtani	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
14)	USG opłucnej i płuc	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
15)	USG węzłów chłonnych szyi	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
16)	USG węzłów chłonnych pachowych	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
17)	USG węzłów chłonnych – wszystkich dostępnych	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
18)	biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną	rabat	rabat	rabat	•	•	•	100 zł
5.	**USG – naczyń krwionośnych i serca:**							
1)	badanie przepływu naczyniowego w aorcie i tętnicach biodrowych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	80 zł
2)	badanie przepływu naczyniowego tętnic szyjnych i kręgowych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	80 zł
3)	badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn górnych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	80 zł
4)	badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn dolnych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	80 zł
5)	badanie przepływu naczyniowego żył kończyn górnych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	80 zł
6)	badanie przepływu naczyniowego żył kończyn dolnych (Doppler)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	80 zł
7)	badanie przepływu naczyniowego żyły głównej dolnej i żyły biodrowej	rabat	rabat	rabat	•	•	•	80 zł
8)	badanie przepływu naczyniowego pnia trzewnego, tętnic krezkowych, tętnic nerkowych, aorty (Doppler)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	80 zł
9)	badanie układu wrotnego wątroby (Doppler)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	80 zł
10)	USG serca (ECHO serca) dorośli/dzieci	rabat	rabat	rabat	•	•	•	70 zł
XVI.	**TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA – TK/CT Z OPISEM (wykonywana na podstawie Skierowania lekarskiego)**							
	Badania diagnostyczne, wykonywane w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem lub bez kontrastu:							
1.	jamy brzusznej	rabat	rabat	•	•	•	rabat	250 zł
2.	jamy brzusznej z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	300 zł
3.	krtani	rabat	rabat	•	•	•	rabat	250 zł
4.	krtani z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	300 zł
5.	nosogardła	rabat	rabat	•	•	•	rabat	250 zł
6.	nosogardła z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	300 zł
7.	szczęki	rabat	rabat	•	•	•	rabat	250 zł
8.	szczęki z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	300 zł
9.	szyi	rabat	rabat	•	•	•	rabat	250 zł
10.	szyi z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	300 zł
11.	żuchwy	rabat	rabat	•	•	•	rabat	250 zł
12.	żuchwy z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	300 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
13.	badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez kontrastu	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
14.	badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	350 zł
15.	badanie wielofazowe dwóch okolic anatomicznych	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	350 zł
16.	głowy	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
17.	głowy z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
18.	klatki piersiowej i śródpiersia	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
19.	klatki piersiowej i śródpiersia z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
20.	kręgosłupa szyjnego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
21.	kręgosłupa szyjnego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
22.	kręgosłupa piersiowego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
23.	kręgosłupa piersiowego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
24.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
25.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
26.	kończyn (kości i stawów)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
27.	kończyn (kości i stawów) z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
28.	kości skroniowej	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
29.	kości skroniowej z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
30.	miednicy	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
31.	miednicy z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
32.	oczodołów	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
33.	oczodołów z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
34.	twarzoczaszki	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
35.	twarzoczaszki z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
36.	zatok	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	250 zł
37.	zatok z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
38.	TK kolonoskopia	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	300 zł
XVII.	**REZONANS MAGNETYCZNY – NMR Z OPISEM (wykonywany na podstawie Skierowania lekarskiego)**							
	Badania diagnostyczne, wykonywane w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem lub bez kontrastu:							
1.	jamy brzusznej	rabat	rabat	•	•	•	rabat	400 zł
2.	jamy brzusznej z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	450 zł
3.	krtani	rabat	rabat	•	•	•	rabat	400 zł
4.	krtani z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	450 zł
5.	nosogardła	rabat	rabat	•	•	•	rabat	400 zł
6.	nosogardła z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	450 zł
7.	szczęki	rabat	rabat	•	•	•	rabat	400 zł
8.	szczęki z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	450 zł
9.	szyi	rabat	rabat	•	•	•	rabat	400 zł
10.	szyi z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	450 zł
11.	żuchwy	rabat	rabat	•	•	•	rabat	400 zł
12.	żuchwy z kontrastem	rabat	rabat	•	•	•	rabat	450 zł
13.	głowy	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
14.	głowy z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
15.	klatki piersiowej i śródpiersia (z wyłączeniem piersi),	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
16.	klatki piersiowej i śródpiersia z kontrastem (z wyłączeniem piersi)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
17.	kończyny dolnej	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
18.	kończyny dolnej z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
19.	kończyny górnej	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
20.	kończyny górnej z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
21.	kości (pozostałych)	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
22.	kości (pozostałych z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
23.	kości skroniowej	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
24.	kości skroniowej z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
25.	kręgosłupa szyjnego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
26.	kręgosłupa szyjnego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
27.	kręgosłupa piersiowego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
28.	kręgosłupa piersiowego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
29.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
30.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
31.	miednicy	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
32.	miednicy z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
33.	oczodołów	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
34.	oczodołów z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
35.	pogranicza czaszkowo szyjnego	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
36.	pogranicza czaszkowo szyjnego z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
37.	przysadki	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
38.	przysadki z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
39.	stawów	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
40.	stawów z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
41.	tkanek miękkich	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
42.	tkanek miękkich z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
43.	twarzoczaszki	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
44.	twarzoczaszki z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
45.	zatok	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	400 zł
46.	zatok z kontrastem	rabat	rabat	rabat	•	•	rabat	450 zł
XVIII.	**BADANIA CZYNNOŚCIOWE (wykonywane na podstawie Skierowania lekarskiego)**							
1.	**układu krążenia:**							
1)	EKG spoczynkowe	•	•	•	•	•	•	20 zł
2)	24-godzinna rejestracja EKG (badanie Holtera)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
3)	24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego (Holter ciśnieniowy)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	60 zł
4)	EKG wysiłkowe	rabat	rabat	rabat	•	•	•	70 zł
5)	USG serca – dorośli/dzieci	rabat	rabat	rabat	•	•	•	70 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
2.	**układu nerwowego:**							
1)	EEG – encefalografia w trybie czuwania	rabat	rabat	rabat	•	•	•	70 zł
2)	EEG – encefalografia po deprywacji snu	rabat	rabat	rabat	•	•	•	70 zł
3)	EMG – elektromiografia – próba miasteniczna	rabat	rabat	rabat	•	•	•	120 zł
4)	EMG – elektromiografia – próba tężyczkowa	rabat	rabat	rabat	•	•	•	120 zł
5)	EMG – badanie cieśni kanału nadgarstka jednostronne	rabat	rabat	rabat	•	•	•	120 zł
6)	EMG – badanie cieśni kanału nadgarstka obustronne	rabat	rabat	rabat	•	•	•	160 zł
3.	**narządu słuchu:**							
1)	audiometria tonalna (audiogram) od 5 roku życia	rabat	rabat	•	•	•	•	25 zł
2)	audiometria impedancyjna (tympanometria)	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	25 zł
4.	**układu oddechowego:**							
1)	spirometria bez próby rozkurczowej	•	rabat	•	•	•	•	25 zł
2)	spirometria z próbą rozkurczową	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
3)	spirometria dynamiczna	•	rabat	•	•	•	•	30 zł
5.	**układu ruchu:**							
1)	densytometria przesiewowa (scriningowa)	rabat	rabat	•	•	•	•	60 zł
2)	densytometria – kręgosłup lędźwiowy	rabat	rabat	•	•	•	•	45 zł
3)	densytometria – szyjka kości udowej	rabat	rabat	•	•	•	•	45 zł
4)	densytometria – szyjka kości udowej + kręgosłup lędźwiowy	rabat	rabat	•	•	•	•	80 zł
XIX.	**SZCZEPIENIA WRAZ Z KONSULTACJĄ LEKARSKĄ PRZED SZCZEPIENIEM**							
	Szczepienie obejmuje: iniekcję, koszt szczepionki oraz konsultację kwalifikacyjną przed szczepieniem:							
1.	p. grypie sezonowej – 1 dawka w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego	rabat	•	•	•	•	•	35 zł
2.	podanie anatoksyny p. tężcowej (przy uszkodzeniu ciągłości skóry/błon śluzowych)	rabat	rabat	rabat	•	•	•	25 zł
3.	p. WZW typu B	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	50 zł
4.	p. WZW typu A	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	120 zł
5.	p. WZW typu A+B	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	120 zł
6.	p. odkleszczowemu zapaleniu opon i mózgu	rabat	rabat	rabat	rabat	•	rabat	90 zł
XX.	**PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA (bez Skierowania lekarskiego)**							
	Ubezpieczony ma możliwość korzystania z profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia dwa razy w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego. Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia obejmuje:							
1.	**badania diagnostyczne:**							
1)	aminotransferaza alaninowa (ALAT/ALT/GPT)		•	•	•	•	•	7 zł
2)	aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT)		•	•	•	•	•	7 zł
3)	morfologia krwi z rozmazem (z analizatora/rozmaz automatyczny)		•	•	•	•	•	10 zł
4)	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)		•	•	•	•	•	5 zł
5)	glukoza/cukier na czczo		•	•	•	•	•	6 zł
6)	badanie ogólne moczu		•	•	•	•	•	7 zł
7)	cholesterol całkowity (CHOL)		•	•	•	•	•	7 zł
8)	cholesterol – badanie paskowe					•		7 zł
9)	cholesterol HDL					•		7 zł

		Wariant ubezpieczenia						Cennik refunda-cyjny
		Dla Ciebie Premium	Dla Ciebie Komfort	Dla Ciebie Optimum	Dla Ciebie Maximum	Dla Ciebie Prestige VIP	Dla Rodzica	
10)	cholesterol LDL					•		7 zł
11)	triglicerydy (TRIG/TG)					•		8 zł
12)	mocznik					•		7 zł
13)	kreatynina					•		7 zł
14)	pobranie i wykonanie standardowego wymazu cytologicznego (ginekologicznego)					•		35 zł
2.	**badania USG:**							
1)	USG piersi					•		60 zł
2)	USG prostaty/gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne					•		60 zł
3.	**badania czynnościowe:**							
	EKG spoczynkowe					•		20 zł
XXI.	**STOMATOLOGIA Z RABATEM**							
	10% zniżka od aktualnej ceny obowiązującej w Placówce medycznej wskazanej za pośrednictwem Infolinii medycznej na stomatologiczne leczenie zachowawcze i chirurgiczne; zniżka nie dotyczy diagnostyki rentgenowskiej, leczenia ortodontycznego, protetycznego, implanatologii, stomatologii estetycznej;	•	•	•	•	•	•	Nie podlega refun-dacji

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO Z ZAKRESU REHABILITACJI

Świadczenia rehabilitacyjne		Wariant rehabilitacji	
		Rehabilitacja (limit 30)	**Rehabilitacja (bez limitu)**
Łączna ilość Świadczeń rehabilitacyjnych w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od początku odpowiedzialności Allianz Życie, w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, w stosunku do danego Ubezpieczonego:		30 Świadczeń rehabilitacyjnych	bez limitu
I.	**Kinezyterapia**		
1.	ćwiczenia instruktażowe	•	•
2.	ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające	•	•
3.	ćwiczenia indywidualne (czynne, w odciążeniu, na przyrządach, izomatryczne)	•	•
4.	terapia indywidualna	•	•
5.	wyciąg trakcyjny	•	•
6.	wyciąg tradycyjny	•	•
II.	**Fizykoterapia**		
1.	galwanizacja	•	•
2.	jonoforeza	•	•
3.	fonoforeza	•	•
4.	elekstrostymulacja	•	•
5.	prądy diadynamiczne	•	•
6.	prądy wielkiej częstotliwości	•	•
7.	prądy niskiej częstotliwości	•	•
8.	prądy TENSA	•	•
9.	prądy Traberta	•	•
10.	prądy Kotz'a (tzw stymulacja rosyjska)	•	•
11.	prądy interferencyjne	•	•
12.	magnetoterapia	•	•
13.	ultraterapia miejscowa	•	•
14.	krioterapia miejscowa	•	•
15.	laseroterapia	•	•
16.	lampa Solux	•	•
17.	masaż suchy całego kręgosłupa	•	•
18.	masaż suchy częściowy	•	•
III.	**Ustalenie planu rehabilitacyjnego**		
	Konsultacja u rehabilitanta mająca na celu ustalenie planu rehabilitacyjnego o ile Skierowanie lekarskie, o którym mowa w pkt 6 ppkt a) Umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji nie określa Świadczeń rehabilitacyjnych.	•	•

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO Z ZAKRESU STOMATOLOGII BEZGOTÓWKOWEJ

Świadczenia stomatologiczne		Wariant stomatologii		
		Stomatologia	Stomatologia Plus	Stomatologia profilaktyczna
I.	**Profilaktyczny przegląd stomatologiczny**			
W ramach profilaktycznego przeglądu stomatologicznego Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu raz w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od początku odpowiedzialności Allianz Życie, w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, w stosunku do danego Ubezpieczonego, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:				
1.	przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną zakończone postawieniem diagnozy	•	•	•
2.	udzielenie wskazówek co do dalszego procesu leczenia	•	•	•
3.	instruktaż higieny jamy ustnej	•	•	•
II.	**Stomatologia zachowawcza**			
W ramach stomatologii zachowawczej Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:				
1.	przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną zakończone postawieniem diagnozy i rozpoczęciem leczenia	•	•	
2.	wypełnienie chemoutwardzalne zębów stałych jedno i wielopowierzchowne	•	•	
3.	wypełnienie światłoutwardzalne zębów stałych jedno i wielopowierzchowne	•	•	
4.	leczenie zębów mlecznych	•	•	
5.	ekstyrpacja (usunięcie) miazgi zęba	•	•	
6.	dewitalizacja (zatrucie) miazgi	•	•	
7.	opracowanie i udrożnienie kanału	•	•	
8.	wypełnienie kanału	•	•	
9.	amputacja przyżyciowa miazgi zęba	•	•	
10.	znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe)	•	•	
11.	dewitalizacja miazgi (zatrucie zęba stałego lub/i mlecznego) z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem;	•	•	
12.	trepanacja zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem	•	•	
13.	opatrunek leczniczy w zębie stałym lub/i mlecznym	•	•	
14.	piaskowanie zębów (limit – 1 raz w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)		•	•
15.	usuwanie kamienia nazębnego (limit – 1 raz w 12 miesięcznych okresach ochrony Allianz Życie, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)		•	•
III.	**Chirurgia stomatologiczna**			
W ramach chirurgii stomatologicznej Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:				
1.	przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną zakończone postawieniem diagnozy i rozpoczęciem leczenia	•	•	
2.	ekstrakcja zęba mlecznego	•	•	
3.	ekstrakcja zęba stałego	•	•	
4.	ekstrakcja zęba z dłutowaniem	•	•	
5.	ekstrakcja zęba stałego z szyciem i zaopatrzeniem zębodołu	•	•	

Świadczenia stomatologiczne		Wariant stomatologii		
		Stomatologia	**Stomatologia Plus**	**Stomatologia profilaktyczna**
6.	szycie rany	•	•	
7.	usunięcie szwów	•	•	
8.	znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe)	•	•	
9.	nacięcie ropnia	•	•	
10.	opatrunek po zabiegu chirurgicznym	•	•	
IV.	**Diagnostyka rentgenowska**			
1.	RTG punktowy zębów	•	•	
2.	pantomogram	•	•	
O sposobie leczenia i użytych materiałach do Świadczeń stomatologicznych decyduje lekarz dentysta.				

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO Z ZAKRESU STOMATOLOGII REFUNDACYJNEJ – 30/70

I.	**Stomatologia zachowawcza:**
1.	konsultacja stomatologiczna
2.	przegląd stomatologiczny obejmujący profilaktyczną wizytę u lekarza dentysty o charakterze informacyjnym polegającą na ocenie występowania stanu chorobowego i określeniu planu leczenia
3.	wypełnienie kompozytowe
4.	wypełnienie chemoutwardzalne
5.	wypełnienie światłoutwardzalne
6.	znieczulenie miejscowe: powierzchniowe, nasiękowe, śródwięzadłowe, przewodowe
7.	leczenie zębów mlecznych
8.	ekstyrpacja (usunięcie) miazgi zęba
9.	dewitalizacja (zatrucie) miazgi
10.	leczenie ozębnej
11.	opracowanie i udrożnienie kanału wraz z lekiem
12.	wymiana leków w kanałach
13.	wyjęcie starego wypełnienia z kanałów
14.	wypełnienie kanału/kanałów
15.	amputacja przyżyciowa miazgi zęba
16.	trepanacja (otworzenie jamy zęba celem odsłonięcia chorobowo zmienionej miazgi/nerwu) zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem
17.	opatrunek leczniczy w zębie stałym lub/i mlecznym
II.	**Chirurgia stomatologiczna:**
1.	ekstrakcja zęba mlecznego
2.	ekstrakcja zęba stałego
3.	ekstrakcja zęba z dłutowaniem wewnątrzzębodołowym
4.	ekstrakcja trzeciego zęba trzonowego
5.	ekstrakcja zęba stałego z plastyką połączenia ustno-zatokowego
6.	usunięcie zostawionego korzenia
7.	dłutowanie zatrzymanego „zęba mądrości”
8.	usunięcie chirurgiczne „zęba mądrości”
9.	dłutowanie zatrzymanego kła
10.	resekcja wierzchołka korzenia
11.	ekstrakcja zęba stałego z szyciem i zaopatrzeniem zębodołu
12.	szycie rany
13.	usunięcie szwów
14.	znieczulenie miejscowe: powierzchniowe, nasiękowe, śródwięzadłowe, przewodowe
15.	nacięcie ropnia
16.	opatrunek po zabiegu chirurgicznym
17.	plastyka wędzidełka wargi górnej lub dolnej
18.	plastyka wędzidełka języka
III.	**Diagnostyka rentgenowska:**
1.	RTG punktowy zębów
2.	pantomogram

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO Z ZAKRESU STOMATOLOGII REFUNDACYJNEJ – 50/50

I.	**Stomatologia zachowawcza:**
1.	konsultacja stomatologiczna
2.	przegląd stomatologiczny obejmujący profilaktyczną wizytę u lekarza dentysty o charakterze informacyjnym polegającą na ocenie występowania stanu chorobowego i określeniu planu leczenia
3.	wypełnienie kompozytowe
4.	wypełnienie chemoutwardzalne
5.	wypełnienie światłoutwardzalne
6.	znieczulenie miejscowe: powierzchniowe, nasiękowe, śródwięzadłowe, przewodowe
7.	leczenie zębów mlecznych
8.	ekstyrpacja (usunięcie) miazgi zęba
9.	dewitalizacja (zatrucie) miazgi
10.	leczenie ozębnej
11.	opracowanie i udrożnienie kanału wraz z lekiem
12.	wymiana leków w kanałach
13.	wyjęcie starego wypełnienia z kanałów
14.	wypełnienie kanału/kanałów
15.	amputacja przyżyciowa miazgi zęba
16.	trepanacja (otworzenie jamy zęba celem odsłonięcia chorobowo zmienionej miazgi/nerwu) zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem
17.	opatrunek leczniczy w zębie stałym lub/i mlecznym
II.	**Chirurgia stomatologiczna:**
1.	ekstrakcja zęba mlecznego
2.	ekstrakcja zęba stałego
3.	ekstrakcja zęba z dłutowaniem wewnątrzzębodołowym
4.	ekstrakcja trzeciego zęba trzonowego
5.	ekstrakcja zęba stałego z plastyką połączenia ustno-zatokowego
6.	usunięcie zostawionego korzenia
7.	dłutowanie zatrzymanego „zęba mądrości”
8.	usunięcie chirurgiczne „zęba mądrości”
9.	dłutowanie zatrzymanego kła
10.	resekcja wierzchołka korzenia
11.	ekstrakcja zęba stałego z szyciem i zaopatrzeniem zębodołu
12.	szycie rany
13.	usunięcie szwów
14.	znieczulenie miejscowe: powierzchniowe, nasiękowe, śródwięzadłowe, przewodowe
15.	nacięcie ropnia
16.	opatrunek po zabiegu chirurgicznym
17.	plastyka wędzidełka wargi górnej lub dolnej
18.	plastyka wędzidełka języka
III.	**Diagnostyka rentgenowska:**
1.	RTG punktowy zębów
2.	pantomogram

KATALOG ZABIEGÓW CHIRURGII JEDNEGO DNIA OBOWIĄZUJĄCYCH DLA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA UBEZPIECZONEGO Z ZAKRESU CHIRURGII JEDNEGO DNIA

Zabiegi chirurgii jednego dnia	
I.	**Operacje przepuklin**
1.	operacja przepukliny pachwinowej jednostronnej / obustronnej
2.	operacja przepukliny mosznowej jednostronnej / obustronnej
3.	operacja przepukliny pępkowej
4.	operacja przepukliny w kresie białej
5.	operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej
6.	operacja przepukliny przedniej ściany brzucha
7.	operacja przepukliny udowej jednostronnej/obustronnej
8.	operacja przepukliny nawrotowej jamy brzusznej
9.	operacja przepukliny wymienionej w pkt 1)-8) z użyciem siatki
II.	**Operacje żylaków kończyn dolnych**
1.	operacja żylaków kończyn dolnych metodą klasyczną – chirurgiczne wycięcie, stripping
2.	operacja żylaków kończyn dolnych metodą laserową
3.	operacja żylaków kończyn dolnych metodą endoskopową
III.	**Operacje proktologiczne**
1.	operacja żylaków odbytu metodą klasyczną
2.	operacja żylaków odbytu metodą LONGO
3.	operacja żylaków odbytu metodą Milligana-Morgana
4.	operacja żylaków metodą Fergusona
5.	podśluzówkowe usunięcie hemoroidów – sposobem Parksa
6.	operacja szczeliny odbytu
7.	operacja przetoki okołoodbytniczej
8.	operacja usunięcia polipa odbytu
9.	operacja torbieli włosowej (trobiel pilonidalna, zatoka pilonidalna)
10.	operacja torbieli krzyżowo-guzicznej
11.	nacięcie ropnia odbytu
12.	wycięcie zakrzepicy okołoodbytniczej
IV.	**Operacje wyrostka robaczkowego i pęcherza żółciowego**
1.	operacja pęcherzyka żółciowego
2.	operacja wyrostka robaczkowego
V.	**Operacje jąder, najądrzy, powrózka nasiennego i pęcherza moczowego**
1.	operacja wodniaka jądra, powrózka nasiennego
2.	operacja wycięcia jądra lub najądrza

Zabiegi chirurgii jednego dnia	
3.	operacja stulejki
4.	operacja żylaków powrózka nasiennego
5.	operacja torbieli najądrza
6.	usunięcie torbieli nerki
7.	rozszerzenie i kalibracja cewki moczowej
8.	operacja usunięcia polipa/polipów pęcherza moczowego (cystoskopia)
9.	operacja usunięcia kamienia z nerki lub moczowodu
10.	operacja usunięcia kamienia z pęcherza moczowego
11.	kruszenie kamieni falą uderzeniową
VI.	**Operacje urazowo-ortopedyczne**
1.	artroskopia stawu kolanowego
2.	chirurgiczne otwarcie stawu kolanowego
3.	rekonstrukcja więzadła pobocznego stawu kolanowego
4.	rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego
5.	rekonstrukcja więzadła krzyżowego tylnego
6.	artroskopowe wycięcie błony maziowej
7.	artroskopowy szew łąkotki
8.	operacja stawu obojczykowo-barkowego
9.	artroskopia stawu barkowego
10.	otwarte nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego
11.	artroskopowe nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego
12.	usunięcie materiału zespalającego z kości
13.	usunięcie kaletki przedrzepkowej, ganglionu, cysty (torbieli) Bakera
14.	wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej
15.	wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna
VII.	**Operacje otolaryngologiczne**
1.	chirurgiczna operacja zatoki szczękowej
2.	endoskopowa operacja zatoki szczękowej
3.	polipektomia nosa
4.	septoplastyka nosa
5.	usunięcie ślinianki podżuchwowej
6.	usunięcie ślinianki przyusznej
7.	usunięcie migdałka gardłowego (adenektomia)
8.	usunięcie migdałków podniebiennych (tonsillectomia)
9.	przycięcie migdałków podniebiennych (tonsillotomia)
10.	usunięcie migdałka gardłowego i przycięcie migdałków podniebiennych (adenotonsillotomia)
11.	usuwanie torbieli i brodawczaków w zakresie gardła i jamy ustnej
12.	wycięcie tarczycy
VIII.	**Operacje z zakresu chirurgii ręki**
1.	odroczone szycie ścięgna ręki
2.	uwolnienie kanału nadgarstka – zespół cieśni kanału nadgarstka / kanału Guyona
3.	wycięcie ganglionu nadgarstka

Zabiegi chirurgii jednego dnia	
4.	uwolnienie przykurczu Dupuytren'a
5.	uwolnienie i transpozycja nerwu łokciowego
6.	wycięcie kaletki wyrostka łokciowego
7.	amputacja palca
IX.	**Operacje ginekologiczne**
1.	amputacja szyjki macicy
2.	usunięcie polipa endometrialnego
3.	usunięcie polipa szyjkowego
4.	usunięcie jajnika/jajowodu metodą laparoskopową
5.	usunięcie jajnika/jajowodu metodą klasyczną
6.	usunięcie kłykcin narządu rodnego
7.	usunięcie przydatków (jajników i jajowodów) metodą klasyczną
8.	usunięcie przydatków (jajników i jajowodów) metodą laparoskopową
9.	usunięcie torbieli jajnika
10.	usunięcie torbieli jajnika wraz z macicą
11.	laparoskopowe usunięcie macicy
12.	przezpochwowe usunięcie macicy
13.	przezbrzuszne usuniecie macicy
14.	usunięcie macicy całkowite bez i z przydatkami
15.	wyłuszczenie mięśniaków macicy metodą laparoskopową
16.	wyłuszczenie mięśniaków macicy metodą klasyczną
17.	konizacja szyjki macicy
18.	nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją
19.	wycięcie torbieli gruczołu Bartholina
20.	wycięcie trzonu macicy
21.	wycięcie torbieli bocznej ściany pochwy
X.	**Operacje okulistyczne**
1.	operacja gradówki
2.	wycięcie cysty spojówki
3.	operacja kępek żółtych
4.	operacje brodawek powiek
5.	usunięcie cysty powiekowej
6.	operacja odwinięcia lub podwinięcia powiek
7.	operacja skrzydlika
XI.	**Operacje – inne**
1.	usunięcie torbieli wątroby

KATEGORIE TRUDNOŚCI ZABIEGÓW OPERACYJNYCH OBOWIĄZUJĄCE DLA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA LECZENIA OPERACYJNEGO UBEZPIECZONEGO

Leczenie operacyjne		Kategoria trudności
I.	**Zabiegi operacyjne na układzie nerwowym**	
1.	Nacięcie i wycięcie w obszarze czaszki, mózgu i opon mózgowych	C
2.	Inne Zabiegi operacyjne na czaszce, mózgu i oponach mózgowych	C
3.	Zabiegi operacyjne na rdzeniu kręgowym i strukturach kanału kręgowego	B
4.	Zabiegi operacyjne na nerwach czaszkowych i obwodowych	B
5.	Zabiegi operacyjne na nerwach sympatycznych lub zwojach nerwowych	B
II.	**Zabiegi operacyjne w zakresie układu wydzielania wewnętrznego**	
1.	Zabiegi operacyjne tarczycy i przytarczyc	B
2.	Zabiegi operacyjne w zakresie innych gruczołów dokrewnych	C
III.	**Zabiegi operacyjne w zakresie oka**	
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie powiek, z wyjątkiem Zabiegu operacyjnego rekonstrukcji powiek	A
2.	Zabieg operacyjny rekonstrukcji powiek	B
3.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu łzowego	A
4.	Zabiegi operacyjne w zakresie spojówki	A
5.	Zabiegi operacyjne w zakresie rogówki	A
6.	Zabiegi operacyjne w zakresie tęczówki, ciała rzęskowego, twardówki i komory przedniej oka	B
7.	Zabiegi operacyjne w zakresie soczewki	B
8.	Zabiegi operacyjne w zakresie siatkówki, naczyniówki, ciała szklistego i tylnej komory oka	B
9.	Zabiegi operacyjne w zakresie mięśni okoruchowych	A
10.	Zabiegi operacyjne w zakresie gałek ocznych	B
IV.	**Zabiegi operacyjne w zakresie ucha**	
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie ucha zewnętrznego	A
2.	Zabiegi rekonstrukcyjne w zakresie ucha środkowego	B
3.	Inne Zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	B
4.	Zabiegi operacyjne w zakresie ucha wewnętrznego	C
V.	**Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła**	
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła	A
2.	Zabiegi operacyjne w zakresie zatok obocznych nosa, z wyjątkiem punkcji	B
3.	Zabiegi operacyjne w zakresie ślinianek i przewodów ślinowych	B
VI.	**Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego**	
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego, z wyjątkiem Zabiegów operacyjnych w zakresie krtani i tchawicy oraz drenażu odmy	C
2.	Zabiegi operacyjne w zakresie krtani i tchawicy, z wykluczeniem tracheotomii	B
3.	Zabieg operacyjny odmy opłucnej, stałej tracheotomii	A
VII.	**Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym**	

Leczenie operacyjne		Kategoria trudności
1.	Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym, z wyjątkiem Zabiegów operacyjnych podwiązania i wycięcia żylaków oraz zabiegowego leczenia tętniaków pourazowych, naczyniaków, przetok tętniczo-żylnych	C
2.	Zabiegi operacyjne podwiązania i wycięcia żylaków lub usunięcia żylaków metodą wewnątrzżylnej terapii laserowej (ablacji laserowej)	A
4.	Zabiegowe leczenie tętniaków pourazowych, naczyniaków, przetok tętniczo-żylnych	B
VIII.	**Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego**	
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego, z wykluczeniem biopsji szpiku	A
2.	Zabiegi operacyjne rekonstrukcyjne układu limfatycznego	B
IX.	**Operacje w zakresie układu trawiennego**	
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu trawiennego, z wyjątkiem Zabiegów operacyjnych na wyrostku robaczkowym, Zabiegów operacyjnych odbytu oraz Zabiegów operacyjnych naprawczych przepuklin	B
2.	Zabiegi operacyjne na wyrostku robaczkowym	A
3.	Zabiegi operacyjne odbytu	A
4.	Zabiegi operacyjne naprawcze przepuklin	A
X.	**Operacje w zakresie układu moczowego**	
1.	Zabiegi operacyjne nerki	B
2.	Zabiegi operacyjne moczowodu	B
3.	Zabiegi operacyjne cewki moczowej z wyłączeniem zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	B
4.	Zabiegi operacyjne stulejki i zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	A
5.	Zabiegi operacyjne odtwórcze pęcherza moczowego	C
6.	Inne Zabiegi operacyjne w obrębie układu moczowego	A
XI.	**Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych**	
1.	Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych	A
2.	Zabiegi operacyjne spodziectwa	B
XII.	**Zabiegi operacyjne i operacje ginekologiczne**	
1.	Zabiegi operacyjne żeńskich narządów płciowych	A
2.	Zabiegi operacyjne dotyczące macicy z naruszeniem ciągłości pełnej grubości ściany trzonu macicy	B
3.	Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy	B
4.	Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy z przydatkami	C
XIII.	**Zabiegi położnicze**	
	Zabiegi położnicze, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego cięcia cesarskiego	A
XIV.	**Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i Zabiegi operacyjne na więzadłach**	
1.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego za wyjątkiem dłoni i stóp i Zabiegi operacyjne na więzadłach za wyjątkiem dłoni i stóp	B
2.	Zabiegi operacyjne w zakresie kręgosłupa z wyłączeniem Zabiegów operacyjnych krążka międzykręgowego	B
3.	Zabiegi operacyjne krążka międzykręgowego z naruszeniem ciągłości łuku kręgu	B
4.	Zabiegi operacyjne wyłącznie na tkankach miękkich poza więzadłami	A
5.	Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego dłoni i stóp i więzadeł dłoni i stóp	A
XV.	**Zabiegi operacyjne na powłokach ciała**	
1.	Zabiegi operacyjne na powłokach ciała, z wyłączeniem zabiegów w zakresie skóry i tkanki podskórnej	A
2.	Mastektomia totalna	B

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

1.	**Operacja aorty brzusznej**	**A.** Operacja zmienionej wskutek choroby lub urazu aorty w odcinku 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 brzusznym do wysokości odejścia tętnic nerkowych, b) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu korekty wrodzonego lub nabytego zwężenia aorty w odcinku 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 jednoznacznie 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 jamy brzusznej.
2.	**Operacja aorty piersiowej**	**A.** Operacja zmienionej wskutek choroby lub urazu aorty w odcinku piersiowym, 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 do wysokości odejścia tętnic nerkowych, b) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu korekty wrodzonego lub nabytego zwężenia aorty w odcinku piersiowym do wysokości odejścia tętnic nerkowych, polegającego na chirurgicznym usunięciu tkanek tworzących zwężenie z /bez uzupełnienia łatą z tworzywa sztucznego. Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie 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 jamy brzusznej.
3.	**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 jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę kardiologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.
4.	**Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie**	**A.** Przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej. Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wykonania zabiegu chirurgicznego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zabiegu ewakuacji materiału zatorowego z odgałęzień tętnicy płucnej.
5.	**Przeszczep tętnicy płucnej**	**A.** Operacja na otwartym sercu, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem. Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.
6.	**Zabiegi kardiochirurgiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca**	**A.** Zabiegi kardiochirurgiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, wymagające otwarcia klatki piersiowej, polegające na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: angioplastyki, cewnikowania naczyń, zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.
7.	**Zabiegi kardiochirurgiczne wymiany zastawki**	A. Operacje kardiochirurgiczne na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegające na wymianie jednej lub więcej zastawek serca. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, u której wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów naprawczych zastawek, – zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, wymianie zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przezskórne wszczepienie zastawki).

8.	**Zawał serca**	**A.** Występująca po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego martwica mięśnia sercowego spowodowana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez wykrycie wzrostu stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego z dowodami na niedokrwienie mięśnia sercowego, gdy występuje dodatkowo co najmniej jedna z następujących zmian: a) objawy kliniczne niedokrwienia, b) zmiany w EKG wskazujące na nowe niedokrwienie (nowe zmiany odcinka ST-T lub świeży LBBB), c) pojawienie się patologicznego załamka Q w odpowiednich odprowadzeniach EKG, d) nowe zaburzenia ruchomości ściany serca widoczne w badaniach obrazowych. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem, – zawału w przebiegu choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej przed objęciem ochroną z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania, – przypadków, w których brak wskazania do pilnej hospitalizacji, – kolejnych zawałów.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – NOWOTWORY, CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO

1.	**Choroba Alzheimera**	**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 jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa lub psychiatrę. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej od nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.
2.	**Choroba Creutzfelda-Jakoba**	**A.** Choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym i niemożnością wykonania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w §1 ust. 2 pkt. 7 o.w.u. w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmałżonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Rozpoznanie pełnoobjawowej choroby przy jednoczesnej niepełnosprawności w czynnościach życia codziennego powinny być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa.
3.	**Choroba Huntingtona (Pląsawica Huntingtona)**	**A.** Genetycznie uwarunkowana, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego objawiająca się klinicznie zaburzeniami koordynacji ruchowej i napięcia mięśni, postępującymi zaburzeniami pamięci, osobowości, depresją, otępieniem. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa.
4.	**Choroba Parkinsona**	**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, niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w §1 ust. 2 pkt. 7 o.w.u. w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmałżonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).
5.	**Choroba neuronu ruchowego**	**A.** Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, 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) skutkujące niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w §1 ust. 2 pkt. 7 o.w.u w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmałżonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje pozostałych chorób z grupy schorzeń neuronu ruchowego, nie wymienionych w niniejszej definicji.
6.	**Łagodny guz mózgu**	**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 zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki, a w przypadku jej zaniechania powodująca Trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwiaków, – ziarniniaków, – ropni, – guzów rdzenia.

7.	**Łagodny guz rdzenia**	**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 zabiegu operacyjnego z dostępu przez laminektomię z dostępu przedniego lub podpotylicznego, a w przypadku jej zaniechania powodująca Trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę 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.
8.	**Nowotwór**	**A.** Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – zespołów mielodysplastycznych, – nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej, – przewlekłej białaczki limfatycznej w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta), – choroby Hodgkina w pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego (pierwszym stadium), – chłoniaków w pierwszym stadium, – nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, – zmian przednowotworowych, – nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis), – dysplazji dużego stopnia, – śródnabłonkowej 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 skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM, – nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
9.	**Paraliż**	**A.** Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), powstała w przebiegu choroby lub Wypadku. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza specjalisty neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia porażenia lub ocenione przez Lekarza uprawnionego Allianz Życie. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje niedowładów kończyn określonych jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta.
10.	**Postępujące porażenie nadjądrowe**	**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, trudnościami z wykonaniem złożonych czynności i skutkująca niemożnością wykonania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w §1 ust. 2 pkt 7 o.w.u w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmałżonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa.
11.	**Stwardnienie rozsiane**	**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 z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie danych klinicznych i wyników badań dodatkowych, opartych na badaniu metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz, jeżeli było wykonane, na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego lub badania potencjałów wywołanych.
12.	**Udar mózgu**	**A.** Nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, w tym krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego, skutkujące Trwałym ubytkiem neurologicznym. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie 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, – kolejnych udarów.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – ZAKAŻENIA

1.	**Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych**	**A.** Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych 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 i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
2.	**Bakteryjne zapalenia 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 jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej przez 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.
3.	**Bąblowica mózgu**	**A.** Przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego usunięcia zmiany w mózgu, potwierdzonej rozpoznaniem histopatologicznym jako bąblowiec mózgu (z obecnością larw typu echinococcus). Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wykonania zabiegu chirurgicznego.
4.	**Borelioza**	**A.** Choroba wywołana przez krętki, przenoszona przez kleszcze przebiegająca ze zmianami skórnymi objawiającymi się rumieniem oraz różnorodnymi objawami narządowymi, takimi jak: zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego, a także objawami neurologicznymi i skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego. Pierwsze jednoznaczne rozpoznanie choroby prowadzące do hospitalizacji powinno być postawione przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego i podane w karcie wypisu ze szpitala wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10.
5.	**Dur brzuszny**	**A.** Ogólnoustrojowa choroba bakteryjna wywołana pałeczkami duru brzusznego (Salmonella Typhi), w przebiegu której występuje gorączka, bóle brzucha, znaczne wyczerpanie organizmu, rumieniowa wysypka plamisto-grudkowa a także powiększenie wątroby, śledziony i węzłów chłonnych. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powikłanych postaci choroby, w których dochodzi do przynajmniej jednego z wymienionych: – perforacji jelita, – niedrożności, – zapalenia otrzewnej, – zapalenia nerek, – zapalenia pęcherzyka żółciowego, – zapalenia opon mózgowych, mózgu lub mięśnia serca, – posocznicy, wymagających leczenia w warunkach szpitalnych. Postawione rozpoznanie i przeprowadzone leczenie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
6.	**Gorączka denga**	**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 o ciężkim przebiegu określonym jako występowanie co najmniej jednego z następujących: – wstrząsu hipowolemicznego, – akumulacji płynów z niewydolnością oddechową, – poważnego krwotoku, – niewydolności narządowej, do której należą: ostra niewydolność wątroby, ostra niewydolność nerek, encefalopatia, kardiomiopatia. Postawione rozpoznanie i przeprowadzone leczenie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
7.	**Gruźlica**	**A.** Wystąpienie po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego choroby zakaźnej w postaci płucnej lub poza płucnej spowodowanej prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis). Rozpoznanie choroby w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego lub histologicznego i wdrożeniem leczenia przeciwprątkowego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje wystąpienia gruźlicy ze współistniejącą infekcją HIV.
8.	**Malaria**	**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 wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu manifestującym się pod postacią: 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 lub malarię powikłaną niewydolnością wielonarządową. Postawione rozpoznanie i przeprowadzone leczenie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

9.	**Nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)**	**A.** Ostra choroba zakaźna wywoływana przez wirusy polio, występująca w postaci porażennej (rdzeniowej lub opuszkowej) prowadząca do trwałego kalectwa wyrażonego niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w § 1 ust 2 pkt 7) o.w.u. w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmałżonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania, jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.
10.	**Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu**	**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. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.
11.	**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. Zakresem ochrony objęta jest wyłącznie posocznica o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagająca leczenia na OIOM. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
12.	**Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B**	**A.** Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW typu B) wywołane zakażeniem wirusem HBV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów: – utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy, – stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub AgHbe (+), lub HBV DNA (+), – kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajączków naczyniowych na skórze". Pierwsze rozpoznanie choroby w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.
13.	**Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C**	**A.** Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) wywołane zakażeniem wirusem HCV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów: – utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy, – stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+) lub HCV RNA (+), – kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajączków naczyniowych na skórze". Pierwsze rozpoznanie choroby w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.
14.	**Ropień mózgu**	**A.** Przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego usunięcia zmiany w mózgu, która została potwierdzona rozpoznaniem histopatologicznym jako ropień mózgu. Warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania jednoznacznie potwierdzonego w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wykonania zabiegu chirurgicznego.
15.	**Schistosomatoza (bilharcjoza)**	**A.** Przewlekła choroba pasożytnicza, wywoływana przez przywry krwi z rodzaju Schistosoma, objawiająca się: gorączką, kaszlem, bólem brzucha, biegunką, powiększeniem wątroby i śledziony i mogąca doprowadzić do poważnych powikłań. 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. Postawione rozpoznanie i przeprowadzone leczenie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
16.	**Tężec o ciężkim przebiegu**	**A.** Ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.
17.	**Wścieklizna**	A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusa wścieklizny (rabies virus RABV) przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania jednoznacznie potwierdzonego w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
18.	**Zapalenie mózgu**	**A.** Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.

19.	**Zakażenie wirusem HIV**	**A.** Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilię, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Warunkiem uznania roszczenia jest przeprowadzenie transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia, w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania i nastąpienie serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia. **B.** Odpowiedzialność Allianz Życie nie obejmuje zakażenia wirusem HIV, które nastąpiło w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w przebiegu leczenia każdego innego Poważnego zachorowania z niniejszego katalogu, które zostało uznane przez Allianz Życie.
20.	**Zgorzel gazowa**	**A.** Wystąpienie ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie – laseczki zgorzeli gazowej, wymagającego leczenia w warunkach szpitalnych. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – NIEWYDOLNOŚĆ LUB ZNACZNE UPOŚLEDZENIE FUNKCJONOWANIA NARZĄDU

1.	**Anemia aplastyczna wymagająca 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 w ośrodku specjalistycznym 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 związanej z ciążą, anemii polekowej, odwracalnej aplazji szpiku, przejściowej niewydolności szpiku, aplazji szpiku wskutek zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
2.	**Astma (dychawica oskrzelowa) o ciężkim przebiegu**	**A.** Przewlekła choroba zapalna dróg oddechowych, przeważnie przebiegająca z nadreaktywnością oskrzeli, prowadząca do nawracających epizodów obturacji dróg oddechowych, objawiających się świszczącym oddechem, dusznością, kaszlem, uczuciem ściskania w klatce piersiowej. Ochroną objęte jest wystąpienie objawów ciężkiego zaostrzenia astmy wymagających intubacji i wentylacji mechanicznej w warunkach hospitalizacji, pobytu na oddziale ratunkowym lub na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM).
3.	**Całkowita utrata wzroku wskutek choroby**	**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) wskutek choroby . O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jej wystąpienia.
4.	**Całkowita utrata wzroku wskutek Wypadku**	**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) wskutek Wypadku. O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jej wystąpienia.
5.	**Całkowita utrata słuchu wskutek choroby**	**A.** Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia utrata słuchu w obu uszach wskutek choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.
6.	**Całkowita utrata słuchu wskutek Wypadku**	**A.** Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia utrata słuchu w obu uszach wskutek Wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.
7.	**Całkowita utrata mowy wskutek choroby**	**A.** Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, 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, powstała wskutek choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
8.	**Całkowita utrata mowy wskutek Wypadku**	**A.** Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, która nastąpiła wskutek resekcji narządu mowy lub uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych, powstała wskutek Wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
9.	**Dystrofia mięśniowa**	A. Ochroną objęte są postacie: – dystrofii Duchenne'a, – dystrofii Becker'a, – obręczowo-kończynowe. 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 specjalistę neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Pierwsze rozpoznanie choroby w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.

10.	**Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca przeprowadzenia leczenia operacyjnego**	**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 leczenia operacyjnego z powodu wystąpienia: niedrożności przewodu pokarmowego, masywnego krwawienia, perforacji jelita, przetoki, ropni, stwierdzenia lub podejrzenia procesu nowotworowego, wyniszczenia organizmu, opóźnienia rozwoju u dzieci (zahamowanie wzrostu). Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów wyłącznej plastyki zwężeń.
11.	**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 jednoznacznie 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.
12.	**Mukowiscydoza**	**A.** Choroba genetyczna charakteryzująca się produkcją nadmiernie lepkiego śluzu, co doprowadza do zaburzeń we wszystkich narządach posiadających gruczoły śluzowe, a w efekcie do przewlekłej choroby oskrzelowo-płucnej i niewydolności oddechowej, niewydolności enzymatycznej trzustki z zaburzeniami trawienia i wchłaniania. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza specjalistę na podstawie typowego obrazu klinicznego choroby i wyniku jednego z potwierdzających badań: – mutacji w obu allelach genu CTFR (delta F 508), – dodatni wynik testu potowego (Cl- >60 mmol/l) w co najmniej dwóch badaniach, – duża wartość przezbłonowej różnicy potencjałów.
13.	**Nabyta niedokrwistość hemolityczna**	**A.** Heterogenna grupa chorób cechujących się nieprawidłowym przedwczesnym rozpadem erytrocytów, przebiegających z objawami niedokrwistości i żółtaczki, a w trakcie intensywnej hemolizy z powiększeniem śledziony i wątroby. Ochroną objęte jest wystąpienie choroby wyłącznie w postaci nabytej, spowodowanej przez czynniki immunologiczne i nieimmunologiczne jak: choroby zakaźne i układowe, środki chemiczne, czynniki chemiczne i fizyczne, leki, metale, jady zwierząt, która wymaga leczenia z zastosowaniem leków immunosupresyjnych, przeciwciał monoklonalnych, przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych, plazmaferezy lub usunięcia śledziony. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – niedokrwistości u noworodków powstałej wskutek konfliktu serologicznego (choroba hemolityczna noworodków), – reakcji hemolitycznej po przetoczeniu krwi.
14.	**Niewydolność nerek**	**A.** Przewlekła niewydolność nerek spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca: – regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub – przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepienia.
15.	**Oparzenia skóry**	**A.** Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia w warunkach hospitalizacji. 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.
16.	**Ostra niewydolność wątroby**	**A.** Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności miąższu wątroby, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia u osoby bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. Objawy, których łączne i jednoczesne występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: 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.
17.	**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 WHO. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiejkolwiek innej przyczyny.

18.	**Pneumonektomia**	**A.** Zabieg chirurgicznego usunięcia całego jednego płuca zmienionego wskutek choroby lub urazu. Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie taki zabieg, do którego wskazania powstały w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów operacyjnych niecałkowitego usunięcia płuca (lobektomia, segmentektomia, klinowa resekcja, nacięcie).
19.	**Pourazowe uszkodzenie mózgu**	**A.** Obrażenia mózgu, do powstania których doszło wskutek Wypadku, prowadzące do uszkodzenia struktur mózgu i powstania Trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR).
20.	**Przeszczep**	**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 Krajowej Liście Oczekujących prowadzonej przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – nieodwracalnej schyłkowej niewydolności przeszczepianego narządu, do której doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej Poważnego zachorowania, – przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
21.	**Przewlekła niewydolność oddechowa**	**A.** Potwierdzona przez lekarza specjalistę 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, 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.
22.	**Reumatoidalne zapalenie stawów – ciężka postać**	**A.** Przewlekła zapalna choroba tkanki łącznej charakteryzująca się nieswoistym, symetrycznym zapaleniem stawów, występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, prowadząca do niepełnosprawności. W jej przebiegu dochodzi do wystąpienia bólu, sztywności, obrzęku stawów, będących konsekwencją stanu zapalnego, uszkodzenia chrząstki i kości budujących staw oraz okolicznych tkanek i w efekcie do zniszczenia stawów, ograniczenia ruchomości i niepełnoprawności. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki ciężkich postaci choroby, w których dochodzi do destrukcji i deformacji co najmniej trzech z następujących grup stawów: międzypaliczkowych rąk, nadgarstkowych, łokciowych, stawów stóp, kolanowych, kręgosłupa szyjnego, skutkujących niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 Czynności życia codziennego zdefiniowanych w § 1 ust 2 pkt 7) o.w.u. w odniesieniu do Głównego Ubezpieczonego, Współmałżonka Głównego Ubezpieczonego, Partnera Głównego Ubezpieczonego, Dziecka które ukończyło 16 rok życia lub powodująca upośledzenie wykonywania Czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój w odniesieniu do Dziecka, które ma nie ukończony 16 rok życia. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę reumatologa.
23.	**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.
24.	**Śpiączka**	**A.** Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, 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 ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie 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.

25.	**Toczeń rumieniowaty układowy**	**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 choroby postawione przez specjalistę reumatologa pod warunkiem występowania zmian w nerkach skutkujących utrzymującą się proteinurią (białkomocz) lub hematurią (krwiomocz) i stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę lub występowania Trwałego ubytku neurologicznego **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – tocznia polekowego, – innych form choroby bez towarzyszącej nefropatii lub utrwalonego ubytku neurologicznego.
26.	**Twardzina układowa (sklerodermia)**	**A.** Przewlekła autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej, powodująca wzmożone napięcie i stwardnienie skóry (zmiany w układzie naczyniowym, kostnym, mięśniowym oraz narządach wewnętrznych) oraz uszkodzenie narządów wewnętrznych, w tym płuc i serca. Ochroną objęte jest wystąpienie twardziny układowej uogólnionej, z rozległymi zmianami skórnymi i zajęciem procesem chorobowym płuc, serca lub nerek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę 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.
27.	**Zabieg operacyjny amputacji kończyny w skutek Choroby**	**A.** Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego amputacji co najmniej jednej kończyny wskutek choroby: a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych. Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wykonania zabiegu operacyjnego.
28.	**Zabieg operacyjny amputacji kończyny w skutek Wypadku**	**A.** Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego amputacji co najmniej jednej kończyny wskutek Wypadku: a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych. Za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wykonania zabiegu operacyjnego.
29.	**Wrzodziejące zapalenie jelita grubego wymagające totalnej 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 lekarza specjalistę histopatologa 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 Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
30.	**Zakażona martwica trzustki**	**A.** Przeprowadzenie po raz pierwszy w życiu zabiegu operacyjnego otwarcia jamy brzusznej (laparotomii) i usunięcia martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano j zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Pierwsze rozpoznanie choroby i dokonanie zabiegu operacyjnego w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Poważnego zachorowania powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje: – przeprowadzenia zabiegu w przebiegu choroby zapalnej trzustki rozpoznanej przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, – przypadków nieskutkujących usunięciem martwiczych tkanek (laparotomia zwiadowcza), – kolejnych zabiegów.
31.	**Zatorowość płucna**	**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 na oddziale intensywnej terapii medycznej (OIOM). Rozpoznanie powinno być jednoznacznie 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 jednoznacznie opisanych w dokumentacji medycznej leczenia w OIOM.
32.	**Ziarniniak Wegenera**	**A.** Martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych górnych i dolnych dróg oddechowych oraz nerek, wynikające z nieprawidłowej stymulacji układu odpornościowego, charakteryzujące się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał przeciwko cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (cANCA). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki ciężkich uogólnionych postaci choroby, w których dochodzi do schyłkowej niewydolności nerek wymagającej dializ, schyłkowej niewydolności oddechowej wymagającej przewlekłej tlenoterapii, t.j >15 h/ dobę, utraty wzroku, utraty słuchu. **B.** Zakres ochrony nie obejmuje postaci ograniczonej choroby, w której nie stwierdza się objawów stanowiących zagrożenie życia, ani ciężkiego uszkodzenia narządów wymienionych w części A.

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA I POMOCY W PODRÓŻY UBEZPIECZONEGO ZA GRANICĄ

	Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje koszty leczenia, opisane w rozdziale I poniżej, oraz usługi assistance, opisane w rozdziale II poniżej, których potrzeba odpowiednio poniesienia lub świadczenia powstała w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku, zaistniałego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego:	**Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe[1)]**
I.	**KOSZTY LECZENIA**	
1.	**Koszty leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego (z zastrzeżeniem punktu 5.), w tym:**	
1)	pobyt i leczenie w szpitalu	Do wysokości świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej
2)	wizyty lekarskie	
3)	badania, zabiegi i operacje zlecone przez lekarza	
2.	**Koszty transportu:**	
1)	medycznego do odpowiedniej placówki medycznej znajdującej się poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego	Do wysokości świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej
2)	medycznego między placówkami medycznymi znajdującymi się poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego, gdzie udzielano kolejno pomocy ambulatoryjnej	
3)	medycznego do miejsca zakwaterowania po udzieleniu pomocy medycznej, o ile z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego zlecony został przez lekarza prowadzącego Ubezpieczonego	
4)	medycznego na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego: a. Allianz Życie organizuje transport medyczny Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego lub do placówki medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego i pokrywa koszty tego transportu; transport Ubezpieczonego odbywa się po konsultacji z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; b. jeżeli Ubezpieczony zmarł podczas podróży lub pobytu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Kraju jego zamieszkania, Allianz Życie organizuje transport zwłok do miejsca pochówku na terenie Kraju zamieszkania Ubezpieczonego i pokrywa koszty tego transportu; c. jeżeli Ubezpieczony zmarł podczas podróży lub pobytu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i Kraju zamieszkania Ubezpieczonego, Allianz Życie zorganizuje kremację i transport prochów do miejsca pochówku na terenie Kraju zamieszkania Ubezpieczonego i pokryje koszty tych usług	Bez limitu[2)]
	d. w ramach usługi opisanej w lit. b powyżej Allianz Życie pokrywa również koszty zakupu trumny przewozowej	5000 zł
3.	**Koszty zakupu niezbędnych lekarstw oraz środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza**	
	Allianz Życie pokrywa koszty lekarstw oraz środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza.	Do wysokości świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej
4.	**Koszty leczenia stomatologicznego**	
	Allianz Życie pokrywa koszty powstałe w przypadku Nagłego zachorowania w postaci stanów zapalnych i bólowych lub w przypadku, gdy konieczność podjęcia tego leczenia wynika z Wypadku i zostały poniesione wyłącznie na leczenie stomatologiczne przeprowadzone w zakresie wynikającym z konieczności udzielenia niezbędnej natychmiastowej pomocy medycznej; Allianz Życie odpowiada w związku z wystąpieniem maksymalnie dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych w 12-miesięcznych okresach ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz Życie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego.	400 zł
5.	**Koszty leczenia powstałe na skutek nieoczekiwanej wojny lub Aktu terroru**	
	Jeżeli w trakcie pobytu Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego (z wyłączeniem następujących terytoriów: Islamska Republika Afganistanu, Królestwo Arabii Saudyjskiej, Ludowa Republika Bangladeszu, Republika Burundi, Gruzja, Republika Iraku, Jordańskie Królestwo Haszymidzkie, Republika Kolumbii, Republika Liberii, Islamska Republika Pakistanu, Republika Rwandy, Syryjska Republika Arabska) w sposób nagły i nieoczekiwany rozpoczęły się działania wojenne albo doszło do Aktu terroru, w następstwie których Ubezpieczony w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, nie później jednak niż siódmego dnia, licząc od daty rozpoczęcia nagłych i nieoczekiwanych działań wojennych lub odpowiednio zajścia Aktu terroru, uległ Wypadkowi, Nagle zachorował lub zmarł, Allianz Życie organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:	
1)	jednej wizyty lekarskiej	8000 zł
2)	hospitalizacji	8000 zł
3)	transportu medycznego Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego	8000 zł
4)	transportu zwłok do miejsca pochówku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego	8000 zł

	Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje koszty leczenia, opisane w rozdziale I poniżej, oraz usługi assistance, opisane w rozdziale II poniżej, których potrzeba odpowiednio poniesienia lub świadczenia powstała w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku, zaistniałego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego:	**Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe[1)]**
II.	**ASSISTANCE**	
1.	**Organizacja leczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**	
	Jeżeli w wyniku Wypadku Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej Allianz Życie zorganizuje transport medyczny Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej, Allianz Życie organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:	
1)	wizyta lekarska – Allianz Życie organizuje i pokrywa koszt dwóch wizyt lekarskich w placówce medycznej lub organizuje i pokrywa koszt dojazdu i honorarium lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego	500 zł
2)	wizyta pielęgniarki – Allianz Życie organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz jej honorarium	500 zł
3)	organizacja wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie Wypadku, Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Allianz Życie zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz:	
	a. organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego	200 zł
	b. pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego.	200 zł
2.	**Kontynuacja podróży służbowej Ubezpieczonego**	
	Jeżeli w wyniku Nagłego zachorowania, w trakcie podroży służbowej, Ubezpieczony nie mógł skorzystać ze środków transportu, na które koszty biletów zostały już poniesione, zaś wskutek poprawy stanu zdrowia Ubezpieczony zamierza kontynuować podroż służbową, Allianz Życie organizuje transport (bilet kolejowy, autobusowy lub bilet lotniczy klasy ekonomicznej – gdy podroż koleją lub autobusem trwa dłużej niż 12 godzin) z miejsca zachorowania Ubezpieczonego do następnego miejsca planowanej podroży służbowej, aby umożliwić Ubezpieczonemu jej kontynuowanie oraz pokrywa koszty tego transportu.	Do wysokości świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej
3.	**Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby**	
	Jeżeli Ubezpieczony jest hospitalizowany poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz jego Kraju zamieszkania Ubezpieczonego przez okres przekraczający 7 dni i nie towarzyszy mu w podroży żadna osoba pełnoletnia, Allianz Życie organizuje transport i pokrywa jego koszty w obydwie strony (bilet kolejowy, autobusowy lub bilet lotniczy klasy ekonomicznej – gdy podroż koleją lub autobusem trwa dłużej niż 12 godzin) dla wskazanej przez Ubezpieczonego bliskiej osoby.	10 000 zł[3)]
	Dla tej osoby Allianz Życie organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu maksymalnie za 7 dni.	300 zł/dzień
4.	**Pokrycie kosztów wcześniejszego powrotu Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego**	
	Jeżeli Ubezpieczony jest zmuszony do nagłego, wcześniejszego powrotu na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego, a pierwotnie przewidziany przez niego środek transportu nie może być wykorzystany, Allianz Życie pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego (bilet kolejowy, autobusowy lub bilet lotniczy klasy ekonomicznej – gdy podroż koleją lub autobusem trwa dłużej niż 12 godzin). Ochrona ta jest świadczona jedynie w razie: a) Nagłego zachorowania współmałżonka, partnera, dziecka, wnuka, rodzica, brata, siostry lub rodzica współmałżonka/partnera Ubezpieczonego, wymagającego w ocenie lekarza prowadzącego natychmiastowej hospitalizacji; b) Wypadku skutkującego natychmiastową hospitalizacją współmałżonka, partnera, dziecka, wnuka, rodzica, brata, siostry lub rodzica współmałżonka/partnera Ubezpieczonego; c) śmierci współmałżonka, partnera, dziecka, wnuka, rodzica, brata, siostry lub rodzica współmałżonka/partnera Ubezpieczonego; d) poważnych zdarzeń losowych zaistniałych w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, za które uważa się: włamanie do mieszkania, pożar, zalanie mieszkania, huragan. Konieczność wcześniejszego powrotu na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju zamieszkania Ubezpieczonego powinna być udowodniona przez Ubezpieczonego i uprzednio zaakceptowana przez Allianz Życie.	6000 zł[4)]
5.	**Kierowca zastępczy w podróży prywatnej**	
	W przypadku gdy w wyniku Nagłego zachorowania lub Wypadku, które wystąpiły podczas podroży samochodem poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej i kraju zamieszkania Ubezpieczonego, stan zdrowia Ubezpieczonego, potwierdzony przez lekarza prowadzącego, nie pozwala na prowadzenie samochodu, a osoba towarzysząca Ubezpieczonemu nie posiada prawa jazdy, uprawniającego do prowadzenia samochodu, którym Ubezpieczony podróżuje, Allianz Życie pokrywa koszty organizacji zastępczego kierowcy lub innej osoby posiadającej prawo jazdy, która przewiezie Ubezpieczonego wraz z towarzyszącymi mu osobami bliskimi na teren Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego.	3000 zł
6.	**Koszty zwrotu niewykorzystanego Ski-Passa**	
	Jeżeli w wyniku Nagłego zachorowania lub Wypadku wymagających hospitalizacji lub powodujących znaczne ograniczenie samodzielności ruchowej Ubezpieczonego (tj. niemożność poruszania się i samoobsługi bez pomocy innych osób), które wystąpiły w trakcie pobytu Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej lub Kraju zamieszkania Ubezpieczonego i zostały poświadczone przez lekarza prowadzącego, Ubezpieczony nie będzie w stanie wykorzystać posiadanego karnetu uprawniającego do korzystania z wyciągów narciarskich (tzw. Ski-Passa), Allianz Życie zwraca Ubezpieczonemu koszt niewykorzystanego karnetu (Ski-Passa). Zwrot ten dokonywany jest proporcjonalnie do niewykorzystanej jego części. Zwrot następuje wyłącznie w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości dokonania zwrotu niewykorzystanego karnetu do sprzedawcy.	800 zł
7.	**Poszukiwanie i ratownictwo w górach lub na morzu**	

	Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje koszty leczenia, opisane w rozdziale I poniżej, oraz usługi assistance, opisane w rozdziale II poniżej, których potrzeba odpowiednio poniesienia lub świadczenia powstała w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku, zaistniałego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz Kraju zamieszkania Ubezpieczonego:	**Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe[1)]**
	Allianz Życie organizuje poszukiwanie i ratownictwo Ubezpieczonego w górach lub na morzu przez wyspecjalizowane jednostki ratownicze oraz pokrywa koszty poszukiwania i ratownictwa oraz ich organizacji. Za poszukiwanie uznaje się okres od zgłoszenia zaginięcia do odnalezienia lub zaprzestania akcji poszukiwawczej Ubezpieczonego. Za ratownictwo uznaje się udzielenie doraźnej pomocy medycznej, świadczonej od chwili odnalezienia Ubezpieczonego do czasu przewiezienia go do najbliższego szpitala.	
1)	Poszukiwanie	22000 zł
2)	Ratownictwo	22000 zł

1) Allianz Życie pokrywa koszty leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą do wysokości wskazanej w kolumnie „Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe", nie więcej jednak niż do wysokości świadczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego. Wypłacone świadczenia pomniejszają limit odpowiedzialności Allianz Życie z tytułu danego zdarzenia, z wyjątkiem świadczeń opisanych w rozdziale I pkt 2 ppkt 4) lit. a., b. i c.

2) Świadczenie nielimitowane wówczas, gdy pomoc organizowana jest a jej koszty są pokrywane przez Allianz Życie po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego lub osoby występującej w jego imieniu z Centrum operacyjnym.
W razie zgłoszenia przez Ubezpieczonego lub osobę występująca w jego imieniu roszczenia o zwrot poniesionych kosztów w trybie, o którym mowa w § 22 ust. 15, pkt 11) o.w.u. (refundacja), Allianz Życie wypłaci świadczenie do wysokości podlimitu równego wysokości świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia dla niniejszej Umowy dodatkowej.

3) Podany limit obowiązuje w przypadku, gdy pomoc organizowana jest a jej koszty są pokrywane przez Allianz Życie po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego lub osoby występującej w jego imieniu z Centrum operacyjnym.
W razie zgłoszenia przez Ubezpieczonego lub osobę występująca w jego imieniu roszczenia o zwrot poniesionych kosztów w trybie, o którym mowa w § 22 ust. 15, pkt 11) o.w.u. (refundacja), Allianz Życie wypłaci świadczenie do kwoty 3000 zł.

4) Podany limit obowiązuje w przypadku, gdy pomoc organizowana jest a jej koszty są pokrywane przez Allianz Życie po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego lub osoby występującej w jego imieniu z Centrum operacyjnym.
W razie zgłoszenia przez Ubezpieczonego lub osobę występująca w jego imieniu roszczenia o zwrot poniesionych kosztów w trybie, o którym mowa w § 22 ust. 15, pkt 11) o.w.u. (refundacja), Allianz Życie wypłaci świadczenie do kwoty 3000 zł.

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKUŃCZYCH DLA UBEZPIECZONEGO

	Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:	**Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe**
I.	**UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU**	
1.	**Dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza**	
	W sytuacji gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza. Koszt leków jest pokrywany przez Ubezpieczonego.	100 zł
2.	**Transport medyczny z osobą bliską z Miejsca pobytu do odpowiedniego Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)**	
	Transport medyczny jest organizowany do Zakładu opieki zdrowotnej wskazanego przez lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Ubezpieczonego utrudnia samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej lub b) stan zdrowia Ubezpieczonego nie pozwala na samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	1000 zł
3.	**Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do miejsca zamieszkania (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)**	
	Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywa w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Ubezpieczonego utrudnia samodzielne poruszanie się lub b) stan zdrowia Ubezpieczonego nie pozwala na samodzielne poruszanie się.	1000 zł
4.	**Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)**	
	Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy Zakład opieki zdrowotnej, w którym przebywa Ubezpieczony nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innym Zakładzie opieki zdrowotnej.	1000 zł
5.	**Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego**	
	Proces rehabilitacyjny jest organizowany jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; Allianz Życie zapewnia:	
a)	zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego, albo	700 zł
b)	zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	700 zł
6.	**Organizacja wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego**	
	Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz Życie:	
a)	organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego, dla którego wypożyczono lub zakupiono Sprzęt rehabilitacyjny	500 zł
b)	pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł
c)	zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.	bez limitu
7.	**Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi**	
	W sytuacji gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie następujących kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi lub Dziećmi Ubezpieczonego:	
a)	przewozu Dzieci pod opieką osoby uprawnionej przez Allianz Życie do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad Dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe)	bez limitu
b)	przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad Dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe).	bez limitu
	Centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt. 7 ppkt a) i b) po uzyskaniu przez Lekarza centrum operacyjnego informacji ze Szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy Centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia pod wskazanym przez osobę zgłaszającą roszczenie adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt. 7) ppkt a) lub b), Allianz Życie:	

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
c)	zorganizuje i pokryje koszty opieki nad Dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu ich zamieszkania do wysokości podanej obok w tabeli za każdy dzień i maksymalnie do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;	150 zł/dzień
usługi, o których mowa w pkt. 7 ppkt a), b) i c), są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu jego zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.		
8.	**Opieka nad Ubezpieczonym Dzieckiem w razie jego zachorowania**	
	W razie Choroby Ubezpieczonego Dziecka, potwierdzonej przez lekarza, Allianz Życie organizuje i pokrywa koszty opieki nad Ubezpieczonym Dzieckiem. Usługa jest świadczona przez 1 dzień; świadczenie jest realizowane na wniosek jednego z opiekunów Ubezpieczonego Dziecka i za jego pisemną zgodą.	200 zł
9.	**Organizacja prywatnych lekcji Ubezpieczonemu Dziecku**	
	W sytuacji gdy Ubezpieczone Dziecko, na podstawie zaświadczenia lekarskiego, będzie musiało przebywać w domu powyżej 7 dni, Allianz Życie organizuje i pokrywa koszty prywatnych lekcji (utraconych lekcji w szkole zgodnie z planem lekcji) w miejscu zamieszkania tego Ubezpieczonego Dziecka.	200 zł
10.	**Organizacja pobytu przedstawiciela ustawowego w Szpitalu w razie hospitalizacji Ubezpieczonego Dziecka**	
	W sytuacji gdy Ubezpieczone Dziecko jest hospitalizowane, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa Ubezpieczone Dziecko lub hotelu przyszpitalnym.	500 zł
11.	**Opieka pielęgniarki po hospitalizacji**	
	Jeżeli Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 5 dni.	1500 zł
12.	**Pomoc domowa po hospitalizacji**	
	Jeżeli Ubezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakupy podstawowych artykułów spożywczych) po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni.	300 zł
13.	**Refundacja kosztów za artykuły pierwszej potrzeby**	
	Jeżeli Ubezpieczony w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Życie zapewnia zwrot kosztów za artykuły pierwszej potrzeby (szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku).	100 zł
II.	**UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU**	
	Wizyty pielęgniarki	
	Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do Miejsca pobytu Ubezpieczonego, o ile nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	500 zł
III.	**ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO**	
	Pomoc psychologa	
	W trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego, to jest w razie: a) zgonu Dziecka lub urodzenia martwego Dziecka; b) Poronienia; c) zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego, Partnera Ubezpieczonego, Rodzica Ubezpieczonego; d) Choroby Współmałżonka Ubezpieczonego, Partnera Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, Rodzica Ubezpieczonego; e) zaginięcia Dziecka, Współmałżonka Ubezpieczonego, Partnera Ubezpieczonego, Rodzica Ubezpieczonego; Allianz Życie zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu podanego obok w tabeli w odniesieniu do jednej sytuacji losowej; Allianz Życie na prośbę Ubezpieczonego na rzecz którego świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.	500 zł
IV.	**ZDROWOTNE USŁUGI INFORMACYJNE DLA UBEZPIECZONEGO**	
1.	**INFOLINIA MEDYCZNA CENTRUM OPERACYJNEGO** W ramach Infolinii Medycznej Centrum operacyjnego Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:	

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
a)	państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie Choroby lub Wypadku	bez limitu
b)	działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży	
c)	placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne	
d)	placówkach handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny	
e)	niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych	
f)	domach pomocy społecznej, hospicjach	
g)	przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby	
h)	schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa)	
i)	niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku	
j)	grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych Dzieci	
k)	aptekach czynnych przez całą dobę	
l)	przydatnych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych dla podróżujących.	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-l) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
2.	**INFOLINIA ZDROWE ODŻYWIANIE** W ramach Infolinii Zdrowe Odżywianie Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:	
a)	dietach dla dzieci, dorosłych, osób starszych, kobiet w ciąży	bez limitu
b)	diecie bezglutenowej	
c)	diecie dla cukrzyków	
d)	diecie dla osób otyłych	
e)	zasadach zdrowego odżywiania	
f)	tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego	
g)	zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby	
h)	funkcjach poszczególnych witamin w organizmie	
i)	danych teleadresowych lekarzy dietetyków.	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-i) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
3.	**INFOLINIA BABY ASSISTANCE** W ramach Infolinii Baby Assistance Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:	
a)	objawach ciąży	bez limitu
b)	badaniach prenatalnych	
c)	wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu	
d)	szkołach rodzenia	
e)	pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie	
f)	karmieniu noworodka	
g)	obowiązkowych szczepieniach dzieci	
h)	pielęgnacji noworodka.	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-h) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
4.	**KONSULTACJA TELEFONICZNA**	
a)	**Z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego** Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej, udzieli odpowiedzi na zadane pytania.	bez limitu

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:	Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
b) **Z dietetykiem** Jeżeli Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Życie zapewnia możliwość telefonicznej rozmowy z dietetykiem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej, udzieli odpowiedzi na zadanie pytania.	2 rozmowy telefoniczne
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-b) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	
V. POMOC UBEZPIECZONEMU W PRZYPADKU URODZENIA DZIECKA	
Pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym Dzieckiem	
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, na rzecz którego świadczona jest usługa w okresie 1 miesiąca po wyjściu ze szpitala; Allianz Życie pokrywa koszty jednej wizyty w odniesieniu do każdego nowonarodzonego Dziecka; opieka nad Dzieckiem nowonarodzonym obejmuje: a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia; b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka; c) porady w razie problemów z laktacją; d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu; e) edukację w zakresie szczepień ochronnych.	150 zł

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKUŃCZYCH DLA UBEZPIECZONEGO RODZICA

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:	**Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe**
I. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU RODZICOWI W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY, WYPADKU, ZAOSTRZENIA ORAZ POWIKŁANIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ	
1. Dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza; koszt leków jest pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica.	250 zł
2. Dostarczenie do Miejsca pobytu książek	
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia książek; koszt książek jest pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica.	250 zł
3. Dostarczenie do Miejsca pobytu posiłków	
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia posiłków; koszt posiłków jest pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica.	250 zł
4. Pomoc w opłacaniu rachunków	
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty zorganizowania pomocy w opłaceniu rachunków; koszt rachunków jest pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica; usługa jest świadczona maksymalnie 2 razy w roku po zakończeniu hospitalizacji.	250 zł
5. Transport medyczny z osobą bliską z Miejsca pobytu do odpowiedniego Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)	
Transport medyczny jest organizowany do Zakładu opieki zdrowotnej wskazanego przez lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego Rodzica w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Ubezpieczonego Rodzica utrudnia samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej lub b) stan zdrowia Ubezpieczonego Rodzica nie pozwala na samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	1000 zł
6. Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do miejsca zamieszkania (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)	
Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony Rodzic przebywa w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Ubezpieczonego Rodzica utrudnia samodzielne poruszanie się lub b) stan zdrowia Ubezpieczonego Rodzica nie pozwala na samodzielne poruszanie się.	1000 zł
7. Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)	
Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy Zakład opieki zdrowotnej, w którym przebywa Ubezpieczony Rodzic nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony Rodzic skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innym Zakładzie opieki zdrowotnej.	1000 zł
8. Transport na wizytę kontrolną	
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi organizację i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną rocznie pod warunkiem, że hospitalizacja trwała powyżej 5 dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji).	1000 zł
9. Transport do i z sanatorium	
Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi, po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, organizację i pokrycie kosztów transportu do i z sanatorium w wybranym przez Ubezpieczonego Rodzica terminie; transport do i z sanatorium jest orgaznizowany do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji.	500 zł
10. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie hospitalizacji Ubezpieczonego Rodzica	
W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia:	
a) zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i ze szpitala w, którym znajduje się Ubezpieczony Rodzic) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego Rodzica;	1000 zł

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
b)	dla tej osoby Allianz Życie organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się Ubezpieczony Rodzic; osobie bliskiej przysługują maksymalnie 2 noclegi w hotelu do wysokości podanej obok w tabeli.	150 zł/doba
11.	**Opieka osoby bliskiej po hospitalizacji Ubezpieczonego Rodzica**	
	W sytuacji gdy Ubezpieczony Rodzic przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia:	
a)	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i z Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego Rodzica	1000 zł
b)	dla tej osoby Allianz Życie organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica; osobie bliskiej przysługują maksymalnie 2 noclegi w hotelu do wysokości podanej obok w tabeli.	150 zł/doba
12.	**Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego**	
	Proces rehabilitacyjny jest organizowany jeżeli w następstwie Wypadku lub po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni Ubezpieczony Rodzic, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; Allianz Życie zapewnia:	
a)	zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego Rodzica, albo	700 zł
b)	zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	700 zł
13.	**Organizacja wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego**	
	Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie Wypadku lub po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni Ubezpieczony Rodzic, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz Życie:	
a)	organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego Rodzica, dla którego wypożyczono lub zakupiono Sprzęt rehabilitacyjny	500 zł
b)	pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł
c)	zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.	bez limitu
14.	**Opieka pielęgniarki po hospitalizacji**	
	Jeżeli Ubezpieczony Rodzic na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 10 dni.	1500 zł
15.	**Pomoc domowa po hospitalizacji**	
	Jeżeli Ubezpieczony Rodzic był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakupy podstawowych artykułów spożywczych) po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony Rodzic nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest maksymalnie przez 10 dni.	500 zł
16.	**Organizacja opieki pielęgniarki lub pomocy domowej w Miejscu pobytu Ubezpieczonego Rodzica**	
	Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie opieki pielęgniarki lub pomocy domowej w Miejscu pobytu Ubezpieczonego Rodzica; koszt opieki pielęgniarki lub pomocy domowej jest pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica.	bez limitu
17.	**Organizacja wizyt lekarskich**	
	Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie wizyt lekarskich w Zakładzie opieki zdrowotnej lub w Miejscu pobytu Ubezpieczonego Rodzica; koszt wizyty lekarskiej pokrywany jest przez Ubezpieczonego Rodzica.	bez limitu
18.	**Refundacja kosztów za artykuły pierwszej potrzeby**	
	Jeżeli Ubezpieczony Rodzic w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Życie zapewnia zwrot kosztów za artykuły pierwszej potrzeby (szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku).	100 zł
II.	**UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU RODZICOWI W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU**	
1.	**Wizyta lekarska**	
	Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie i pokrycie kosztów jednej wizyty lekarskiej w Zakładzie opieki zdrowotnej lub w Miejscu pobytu Ubezpieczonego Rodzica, o ile nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	250 zł
2.	**Wizyty pielęgniarki**	
	Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica, o ile nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	500 zł
III.	**ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO RODZICA**	

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
	Pomoc psychologa	
	W trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego Rodzica, to jest w razie: a) zgonu dziecka; b) zgonu współmałżonka/partnera Ubezpieczonego Rodzica, rodzica Ubezpieczonego Rodzica; c) choroby współmałżonka/partnera Ubezpieczonego Rodzica, dziecka Ubezpieczonego Rodzica, rodzica Ubezpieczonego Rodzica; Allianz Życie zapewnia Ubezpieczonemu Rodzicowi organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu podanego obok w tabeli w odniesieniu do jednej sytuacji losowej; Allianz Życie na prośbę Ubezpieczonego Rodzica na rzecz którego świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.	500 zł
IV.	**ZDROWOTNE USŁUGI INFORMACYJNE DLA UBEZPIECZONEGO RODZICA**	
1.	**INFOLINIA MEDYCZNA CENTRUM OPERACYJNEGO** W ramach Infolinii Medycznej Centrum operacyjnego Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji o:	
a)	państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie Choroby lub Wypadku	bez limitu
b)	działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami	
c)	placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne	
d)	placówkach handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny	
e)	niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych	
f)	domach pomocy społecznej, hospicjach	
g)	przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby	
h)	schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa)	
i)	niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku	
j)	grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci	
k)	aptekach czynnych przez całą dobę	
l)	przydatnych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych dla podróżujących.	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-l) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
2.	**INFOLINIA ZDROWE ODŻYWIANIE** W ramach Infolinii Zdrowe Odżywianie Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji o:	
a)	dietach dla dorosłych, osób starszych	bez limitu
b)	diecie bezglutenowej	
c)	diecie dla cukrzyków	
d)	diecie dla osób otyłych	
e)	zasadach zdrowego odżywiania	
f)	tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego	
g)	zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby	
h)	funkcjach poszczególnych witamin w organizmie	
i)	danych teleadresowych lekarzy dietetyków.	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-i) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
3.	**INFOLINIA TRZECIA MŁODOŚĆ** W ramach Infolinii Trzecia Młodość Allianz Życie w celu stymulacji psychicznej, umysłowej i fizycznej gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji o:	
a)	klubach dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica	bez limitu
b)	uniwersytetach „trzeciego wieku" w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica	
c)	wydarzeniach kulturalnych w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica	
d)	zajęciach dedykowanych osobom starszym w domach kultury, salach koncertowych, repertuarze kin i teatrów w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica	
e)	zajęciach komputerowych dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica	
f)	nordic walking dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Ubezpieczonego Rodzica.	

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
4.	**KONSULTACJA TELEFONICZNA**	
	Z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego Allianz Życie gwarantuje Ubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej, udzieli odpowiedzi na zadane pytania; informacje, o których mowa w zdaniu pierwszym nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	bez limitu

ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKUŃCZYCH DLA WSPÓŁUBEZPIECZONYCH RODZICÓW

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:	Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
I. UDZIELENIE POMOCY WSPÓŁUBEZPIECZONEMU RODZICOWI W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY, WYPADKU, ZAOSTRZENIA ORAZ POWIKŁANIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ	
1. Dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	
W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza; koszt leków jest pokrywany przez Współubezpieczonego Rodzica.	250 zł
2. Dostarczenie do Miejsca pobytu książek	
W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia książek; koszt książek jest pokrywany przez Współubezpieczonego Rodzica.	250 zł
3. Dostarczenie do Miejsca pobytu posiłków	
W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty dostarczenia posiłków; koszt posiłków jest pokrywany przez Współubezpieczonego Rodzica.	250 zł
4. Pomoc w opłacaniu rachunków	
W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie pokrywa koszty zorganizowania pomocy w opłaceniu rachunków; koszt rachunków jest pokrywany przez Współubezpieczonego Rodzica; usługa jest świadczona maksymalnie 2 razy w roku po zakończeniu hospitalizacji.	250 zł
5. Transport medyczny z osobą bliską z Miejsca pobytu do odpowiedniego Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)	
Transport medyczny jest organizowany do Zakładu opieki zdrowotnej wskazanego przez lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Współubezpieczonego Rodzica w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Współubezpieczonego Rodzica utrudnia samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej lub b) stan zdrowia Współubezpieczonego Rodzica nie pozwala na samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	1000 zł
6. Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do miejsca zamieszkania (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)	
Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Współubezpieczony Rodzic przebywa w Zakładzie opieki zdrowotnej; Transport medyczny jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Współubezpieczonego Rodzica utrudnia samodzielne poruszanie się lub b) stan zdrowia Współubezpieczonego Rodzica nie pozwala na samodzielne poruszanie się.	1000 zł
7. Transport medyczny z osobą bliską z Zakładu opieki zdrowotnej do Zakładu opieki zdrowotnej (1 Transport medyczny na zdarzenie ubezpieczeniowe)	
Transport medyczny jest organizowany w przypadku gdy Zakład opieki zdrowotnej, w którym przebywa Współubezpieczony Rodzic nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Współubezpieczony Rodzic skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innym Zakładzie opieki zdrowotnej.	1000 zł
8. Transport na wizytę kontrolną	
Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi organizację i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji).	1000 zł
9. Transport do i z sanatorium	
Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi, po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, organizację i pokrycie kosztów transportu do i z sanatorium w wybranym przez Współubezpieczonego Rodzica terminie; transport do i z sanatorium jest orgaznizowany do 1 roku po zakończeniu hospitalizacji.	500 zł
10. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie hospitalizacji Współubezpieczonego Rodzica	
W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia:	
a) zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i ze szpitala w, którym znajduje się Współubezpieczony Rodzic) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Współubezpieczonego Rodzica	1000 zł

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
b)	dla tej osoby Allianz Życie organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się Współubezpieczony Rodzic; osobie bliskiej przysługują maksymalnie 2 noclegi w hotelu do wysokości podanej obok w tabeli.	150 zł/doba
11.	**Opieka osoby bliskiej po hospitalizacji Współubezpieczonego Rodzica**	
	W sytuacji gdy Współubezpieczony Rodzic przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia:	150 zł/doba
a)	zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i z Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Współubezpieczonego Rodzica	1000 zł
b)	dla tej osoby Allianz Życie organizuje także pobyt i pokrywa koszty zakwaterowania w hotelu w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica; osobie bliskiej przysługują maksymalnie 2 noclegi w hotelu do wysokości podanej obok w tabeli.	
12.	**Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego**	
	Proces rehabilitacyjny jest organizowany jeżeli w następstwie Wypadku lub po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni Współubezpieczony Rodzic, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; Allianz Życie zapewnia:	
	zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Współubezpieczonego Rodzica, albo	700 zł
	zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	700 zł
13.	**Organizacja wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego**	
	Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie Wypadku lub po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni Współubezpieczony Rodzic, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz Życie:	
a)	organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do domu Współubezpieczonego Rodzica, dla którego wypożyczono lub zakupiono Sprzęt rehabilitacyjny	500 zł
b)	pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł
c)	zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny.	bez limitu
14.	**Opieka pielęgniarki po hospitalizacji**	
	Jeżeli Współubezpieczony Rodzic na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Współubezpieczonego Rodzica przez okres maksymalnie 10 dni.	1500 zł
15.	**Pomoc domowa po hospitalizacji**	
	Jeżeli Współubezpieczony Rodzic był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz Życie zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakupy podstawowych artykułów spożywczych) po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Współubezpieczony Rodzic nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest maksymalnie przez 10 dni.	500 zł
16.	**Organizacja opieki pielęgniarki lub pomocy domowej w Miejscu pobytu Współubezpieczonego Rodzica**	
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie opieki pielęgniarki lub pomocy domowej w Miejscu pobytu Współubezpieczonego Rodzica; koszt opieki pielęgniarki lub pomocy domowej jest pokrywany przez Współubezpieczonego Rodzica.	bez limitu
17.	**Organizacja wizyt lekarskich**	
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie wizyt lekarskich w Zakładzie opieki zdrowotnej lub w Miejscu pobytu Współubezpieczonego Rodzica; koszt wizyty lekarskiej pokrywany przez Ubezpieczonego Rodzica.	bez limitu
18.	**Refundacja kosztów za artykuły pierwszej potrzeby**	
	Jeżeli Współubezpieczony Rodzic w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Życie zapewnia zwrot kosztów za artykuły pierwszej potrzeby (szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku).	100 zł
II.	**UDZIELENIE POMOCY WSPÓŁUBEZPIECZONEMU RODZICOWI W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU**	
1.	**Wizyta lekarska**	
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie i pokrycie kosztów jednej wizyty lekarskiej w Zakładzie opieki zdrowotnej lub w Miejscu pobytu Współubezpieczonego Rodzica, o ile nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	250 zł
2.	**Wizyty pielęgniarki**	
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica, o ile nie zachodzi przypadek Zgłoszenia wymagającego pilnej interwencji medycznej.	500 zł
III.	**ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH WSPÓŁUBEZPIECZONEGO RODZICA**	

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
	Pomoc psychologa	
	W trudnych sytuacjach losowych Współubezpieczonego Rodzica, to jest w razie: a) zgonu dziecka, b) zgonu współmałżonka/partnera Współubezpieczonego Rodzica, partnera Współubezpieczonego Rodzica, rodzica Współubezpieczonego Rodzica, c) choroby współmałżonka/partnera Współubezpieczonego Rodzica, dziecka Współubezpieczonego Rodzica, rodzica Współubezpieczonego Rodzica; Allianz Życie zapewnia Współubezpieczonemu Rodzicowi organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu podanego obok w tabeli w odniesieniu do jednej sytuacji losowej; Allianz Życie na prośbę Współubezpieczonego Rodzica na rzecz którego świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.	500 zł
IV.	**ZDROWOTNE USŁUGI INFORMACYJNE DLA WSÓŁUBEZPIECZONEGO RODZICA**	
1.	**INFOLINIA MEDYCZNA CENTRUM OPERACYJNEGO** W ramach Infolinii Medycznej Centrum operacyjnego Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji o:	
a)	państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie Choroby lub Wypadku	bez limitu
b)	działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami	
c)	placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne	
d)	placówkach handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny	
e)	niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych	
f)	domach pomocy społecznej, hospicjach	
g)	przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby	
h)	schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa)	
i)	niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku	
j)	grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci	
k)	aptekach czynnych przez całą dobę	
l)	przydatnych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych dla podróżujących.	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-l) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
2.	**INFOLINIA ZDROWE ODŻYWIANIE** W ramach Infolinii Zdrowe Odżywianie Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji o:	
a)	dietach dla dorosłych, osób starszych	bez limitu
b)	diecie bezglutenowej	
c)	diecie dla cukrzyków	
d)	diecie dla osób otyłych	
e)	zasadach zdrowego odżywiania	
f)	tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego	
g)	zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby	
h)	funkcjach poszczególnych witamin w organizmie	
i)	danych teleadresowych lekarzy dietetyków	
Informacje, o których mowa w ppkt. a)-i) nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
3.	**INFOLINIA TRZECIA MŁODOŚĆ** W ramach Infolinii Trzecia Młodość Allianz Życie w celu stymulacji psychicznej, umysłowej i fizycznej gwarantuje osobie Współubezpieczonej dostęp do informacji o:	

Zakres ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
g)	klubach dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica	bez limitu
h)	uniwersytetach „trzeciego wieku" w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica	
i)	wydarzeniach kulturalnych w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica	
j)	zajęciach dedykowanych osobom starszym w domach kultury, salach koncertowych, repertuarze kin i teatrów w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica	
k)	zajęciach komputerowych dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica	
l)	nordic walking dla osób starszych w pobliżu Miejsca pobytu Współubezpieczonego Rodzica.	
4.	**KONSULTACJA TELEFONICZNA**	
	Z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego	bez limitu
	Allianz Życie gwarantuje Współubezpieczonemu Rodzicowi dostęp do informacji medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej, udzieli odpowiedzi na zadane pytania; informacje, o których mowa w zdaniu pierwszym nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	

WYKAZ SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

Wykaz Sprzętu rehabilitacyjnego do Umowy dodatkowej:
a) świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego;
b) świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego Rodzica;
c) świadczeń opiekuńczych dla Współubezpieczonych Rodziców;
d) kosztów leczenia i pomocy w podróży Ubezpieczonego za granicą.

Jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w powyższych Umowach dodatkowych Ubezpieczony lub Współubezpieczony Rodzic, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać Sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Allianz Życie pokrywa koszty organizacji i zakupu lub wypożyczenia Sprzętu rehabilitacyjnego:

1)	balkonik rehabilitacyjny
2)	buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe
3)	do stymulacji odpowiedniej ruchomości w stawie: aparat Bunell'a
4)	ciężarki do rehabilitacji, w tym ciężarki na rzepy
5)	dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny)
6)	elektrostymulator: TENS/EMS, Proktostim, Kegel Plus
7)	gorsety ortopedyczne
8)	guma treningowa (rehabilitacyjna)
9)	kamaszek na gips, nakładki gumowe na gips
10)	kołnierz ortopedyczny
11)	kule łokciowe
12)	laska – czwórnóg rehabilitacyjny
13)	lekki gips
14)	ławeczka na wannę
15)	łóżko ortopedyczne
16)	mata rehabilitacyjna
17)	nasadka toaletowa
18)	opaska żebrowa
19)	pas kompresujący
20)	pas poporodowy
21)	pas przepuklinowy
22)	pas stabilizujący mostek
23)	piłka rehabilitacyjna
24)	podnośnik wannowy
25)	poduszka ortopedyczna
26)	przyspieszającego proces gojenia kości: aparat Exogen
27)	slipy przepuklinowe
28)	stabilizator, w tym aparat tulejkowy
29)	stół do masażu i ćwiczeń rehabilitacyjnych
30)	ułatwiającego odpowiednie ułożenie/zmianę pozycji ciała
31)	szyna ortopedyczna/szyna CPM
32)	szyna (orteza), opaska elastyczna (w tym podkolanówki uciskowe)
33)	szyna stabilizacyjna
34)	taśma rehabilitacyjna

35)	trenery równowagi
36)	uchwyty do robienia pompek
37)	wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji
38)	wózek rehabilitacyjny
39)	wyrób uciskowy Codopress
40)	zapewniającego odpowiednie ułożenie kończyny lub kości twarzoczaszki: aparat Stacka, aparat odciążający staw skroniowo-żuchwowy, obcas, szyna Brauna.

ZAŁĄCZNIK O OPODATKOWANIU ŚWIADCZEŃ DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

OPODATKOWANIE KWOT OTRZYMANYCH Z TYTUŁU UBEZPIECZEŃ MAJĄTKOWYCH I OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. Nr 361 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o PIT" od podatku dochodowego wolne są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem:

a) odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działów specjalnych produkcji rolnych, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art.27 ust. 1 lub art. 30c ustawy o PIT;
b) dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej – w wypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi.

Funduszami kapitałowymi w rozumieniu ustawy PIT są fundusze inwestycyjne oraz fundusze zagraniczne, o których mowa w przepisach o funduszach inwestycyjnych, oraz ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe działające na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z wyjątkiem funduszy emerytalnych, o których mowa w przepisach o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

Przychody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych (w myśl art. 17 ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT) są przychodami z kapitałów pieniężnych. Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT, od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy.

Na podstawie art.30a ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 24 ust. 15 ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy. Dochodu, o którym mowa powyżej, nie pomniejsza się o straty z tytułu udziału w funduszach kapitałowych oraz inne straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych, poniesione w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 10 ustawy o PIT od dochodu oszczędzającego na indywidualnym koncie emerytalnym z tytułu zwrotu albo częściowego zwrotu, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych, środków zgromadzonych na tym koncie pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej, jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne. Dochodem przy całkowitym zwrocie, który został poprzedzony zwrotami częściowymi, jest różnica pomiędzy wartością środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym na dzień całkowitego zwrotu a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne pomniejszoną o koszty częściowych zwrotów. W przypadku częściowego zwrotu dochodem jest kwota zwrotu pomniejszona o koszty przypadające na ten zwrot. Za koszt, o którym mowa w zdaniu pierwszym, uważa się iloczyn kwoty zwrotu i wskaźnika stanowiącego udział sumy wpłat na indywidualne konto emerytalne do wartości środków zgromadzonych na tym koncie. Przy kolejnym częściowym zwrocie przepisy postanowienia powyższe stosuje się odpowiednio, z tym że do ustalenia wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym bierze się aktualny stan środków na tym koncie. Dochodu nie pomniejsza się o straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych poniesionych w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 11 ustawy o PIT od dochodu uczestnika pracowniczego programu emerytalnego z tytułu zwrotu środków zgromadzonych w ramach programu, w rozumieniu przepisów o pracowniczych programach emerytalnych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych przez uczestnika pracowniczego programu emerytalnego a sumą wpłat na konto prowadzone w ramach pracowniczego programu emerytalnego.

Stosownie do art. 21 ust. 1 pkt 58 ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego wypłaty:

a) transferowe środków zgromadzonych w ramach pracowniczego programu emerytalnego do innego pracowniczego programu emerytalnego lub na indywidualne konto emerytalne w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych,
b) środków zgromadzonych w pracowniczym programie emerytalnym dokonane na rzecz uczestnika lub osób uprawnionych do tych środków po śmierci uczestnika,
c) środków zgromadzonych w grupowej formie ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym lub w innej formie grupowego gromadzenia środków na cele emerytalne dla pracowników - do pracowniczego programu emerytalnego, zgodnie z przepisami o pracowniczych programach emerytalnych

Przez pracownicze programy emerytalne rozumie się pracownicze programy emerytalne utworzone i działające w oparciu o przepisy dotyczące pracowniczych programów emerytalnych obowiązujące w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub w innych państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego albo w Konfederacji Szwajcarskiej.

Na mocy art. 21 ust. 1 pkt 58a ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego dochody z tytułu oszczędzania na indywidualnym koncie emerytalnym, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych, uzyskane w związku z:

a) gromadzeniem i wypłatą środków przez oszczędzającego,
b) wypłatą środków dokonaną na rzecz osób uprawnionych do tych środków po śmierci oszczędzającego,
c) wypłatą transferową

- z tym że zwolnienie nie ma zastosowania w przypadku, gdy oszczędzający gromadził oszczędności na więcej niż jednym indywidualnym koncie emerytalnym, chyba że przepisy te przewidują taką możliwość.

Stosownie do art. 52a ust. 1 pkt 3 ustawy o PIT zwalnia się od podatku dochodowego dochody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, jeżeli dochody te są wypłacane podatnikowi na podstawie umów zawartych lub zapisów dokonanych przez podatnika przed dniem 1 grudnia 2001 r. Zwolnienie nie dotyczy dochodów uzyskanych w związku z przystąpieniem podatnika do programu oszczędzania z funduszem kapitałowym, bez względu na formę tego programu, w zakresie dochodów z tytułu wpłat (wkładów) do funduszu dokonanych począwszy od dnia 1 grudnia 2001 r.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5a ustawy PIT opodatkowaniu 19% zryczałtowanym podatkiem dochodowym od osób fizycznych podlegają również dochody z tytułu umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 24 ust. 15a i 15b. Na mocy art. 24 ust. 15a ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest:

1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych albo
2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik

- jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a składką wpłaconą do zakładu ubezpieczeń.

Przepis ust. 15a pkt 1 nie ma zastosowania do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie odrębnych przepisów, dla których przy ustalaniu wartości rezerwy w dziale ubezpieczeń na życie jest stosowana stopa techniczna, o której mowa w przepisach o rachunkowości zakładów ubezpieczeń (art. 24 ust. 15b).

Stosownie do art. 3 pkt 4 i 6 ustawy o podatku od spadków i darowizn, podatkowi nie podlega:

a) nie podlega nabycie w drodze dziedziczenia środków z pracowniczego programu emerytalnego;

ZYPRO-AZ05 12/15

b) nabycie w drodze spadku środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym.

EGZEKUCJA SĄDOWA ŚWIADCZEŃ I ODSZKODOWAŃ

Zgodnie z art.831 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.) nie podlegają egzekucji świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych oraz odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych, w granicach określonych w drodze rozporządzenia przez ministrów finansów i sprawiedliwości.

Stosownie do § 1 i 2 rozporządzenia Ministrów Finansów i Sprawiedliwości z dnia 4 lipca 1986 r. w sprawie określenia granic, w jakich świadczenia z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej (Dz. U. Nr 26, poz. 128), świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z tytułu ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej w trzech czwartych częściach tych świadczeń i odszkodowań. Ograniczenia egzekucji nie dotyczą egzekucji mającej na celu zaspokojenie roszczeń alimentacyjnych oraz składki należnej zakładowi ubezpieczeń z tytułu ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA JAKO KOSZT UZYSKANIA PRZYCHODU

Zgodnie z art.16 ust. 1 pkt 59 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 z późn. zm.) oraz art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy o PIT nie uważa się za koszty uzyskania przychodu składek opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1 i 2 działu II wymienionych w załączniku do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844) jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA JAKO PRZYCHÓD PRACOWNIKA

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy o PIT za przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej oraz spółdzielczego stosunku pracy uważa się wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne oraz wartość pieniężną świadczeń w naturze bądź ich ekwiwalenty, bez względu na źródło finansowania tych wypłat i świadczeń, a w szczególności: wynagrodzenia zasadnicze, wynagrodzenia za godziny nadliczbowe, różnego rodzaju dodatki, nagrody, ekwiwalenty za niewykorzystany urlop i wszelkie inne kwoty niezależnie od tego, czy ich wysokość została z góry ustalona, a ponadto świadczenia pieniężne ponoszone za pracownika, jak również wartość innych nieodpłatnych świadczeń lub świadczeń częściowo odpłatnych.

Za pracownika w rozumieniu ustawy o PIT uważa się osobę pozostającą w stosunku służbowym, stosunku pracy, stosunku pracy nakładczej lub spółdzielczym stosunku pracy.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU USTAWY O PODATKU OD SPADKÓW I DAROWIZN

W myśl art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu osobowym przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym i tym samym nie jest objęta podatkiem od spadku i darowizn określonym w ustawie z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2009 r. Nr 93, poz. 768 z późn. zm.).

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

Zadzwoń do Twojego agenta

Infolinia: 224 224 224*
www.allianz.pl

* opłata zgodnie z taryfą danego operatora

GZAOZ-002 03/26