



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Allianz Opieka Zdrowotna

Indeks AOZ02

W związku ze zmianą adresu naszego biura zmienia się adres do korespondencji – w tym do składania reklamacji, skarg i zażaleń

Od 16.03.2024 r. nasz nowy adres to:

UL. INFLANCKA 4B, 00-189 WARSZAWA

Skorowidz

Do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna (indeks AOZ 02) zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 61/2012 z dnia 26.07.2012 roku, zmienionych aneksem nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 12/2014 z dnia 12.03.2014 r. (zwanym łącznie o.w.u.) wprowadza się informację, 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
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia</p>	<p>Zakres podstawowy</p> <ul style="list-style-type: none"> - §2 ust. 1 - §2 ust. 2 pkt 1) w brzmieniu ustalonym Aneksem nr 1 w §1 ust. 3 - §2 ust. 2 pkt 2) – 3) - §17 ust. 1 w brzmieniu ustalonym Aneksem nr 1 w §1 ust. 4 - §17 ust 2 – 6 - §18 ust. 1 – 6 - §20 ust. 1, 3, 9 – 10 - §20 ust. 11 w brzmieniu ustalonym Aneksem nr 1 w §1 ust. 6 - §20 ust. 12 w brzmieniu ustalonym Aneksem nr 1 w §1 ust. 7 - załącznik nr 1 do o.w.u. wraz ze zmianą w Rozdziale II, liczba porządkowa 3 w brzmieniu ustalonym Aneksem nr 1 w §1 ust. 8 z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, znajdujących się w §1 ust. 2 w brzmieniu uwzględniającym zmianę wprowadzoną Aneksem nr 1 w §1 ust. 2 <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej §2 ust. 2 i 3 - §3 ust. 1 – 4 i 6 - załącznik nr 2 do dodatkowej umowy ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i § 1 umowy dodatkowej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	<p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej - §2 ust.1 - §2 ust. 2 w brzmieniu ustalonym Aneksiem nr 1 w §2 ust. 2 - §3 - załącznik nr 3 do dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i § 1 umowy dodatkowej w brzmieniu uwzględniającym zmianę wprowadzoną Aneksiem nr 1 w §2 ust. 1</p> <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej - §2 ust. 1 - §2 ust. 2 w brzmieniu ustalonym Aneksiem nr 1 w §3 - §3 - załącznik nr 4 do dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i § 1 umowy dodatkowej</p> <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej - §2 - załącznik nr 5 do dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i § 1 umowy dodatkowej</p> <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej - §2, §3 - załącznik nr 6 do dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i § 1 umowy dodatkowej</p>

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	<p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia zwrotu kosztów zakupu leków po leczeniu w szpitalu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej - §2, §3 <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i § 1 umowy dodatkowej</p> <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku lub choroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §2 ust. 4 o.w.u. umowy podstawowej - §2 ust. 1 – 5 - §3 <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej i § 1 umowy dodatkowej</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia</p>	<p>Zakres podstawowy</p> <ul style="list-style-type: none"> - §3 - §14 ust. 2 – 3 - §18 ust. 10 – 13 - §19 ust. 7 - cennik refundacyjny wskazany w tabeli znajdującej się w załączniku nr 1 do o.w.u. <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, znajdujących się w §1 ust. 2.</p> <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §3 ust. 5 i 8 - §4 - wysokości limitów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w załączniku nr 2 do dodatkowej umowy ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny oraz zapisy zamieszczone pomiędzy pkt 7 ppkt b), a pkt 7 ppkt c) w rozdziale I ww. załącznika <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej</p>

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
	<p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §2 ust. 4 - §4 ust. 1 - §4 ust. 2 w brzmieniu ustalonym Anekssem nr 1 w §2 ust. 3 - §4 ust. 3 <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej</p> <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §4 <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej</p> <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §3 <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej</p> <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresie chirurgii jednego dnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §4 <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej</p> <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia zwrotu kosztów zakupu leków po leczeniu w szpitalu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §4 <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej</p> <p>Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku lub choroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §2 ust. 6 - §4 <p>z uwzględnieniem definicji pojęć mających zastosowanie do powyższej dodatkowej umowy ubezpieczenia, znajdujących się w §1 ust. 2 o.w.u. umowy podstawowej</p>

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna (indeks AOZ 02)

Dla ułatwienia lepszego zrozumienia treści ogólnych warunków ubezpieczenia wprowadziliśmy komentarze. Pamiętaj jednak, że nie mają one charakteru wiążącego. Pełnią jedynie rolę 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 jest ograniczona.

§ 1

Do jakich umów ubezpieczenia mają zastosowanie niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia i jakie znaczenie mają podstawowe pojęcia?

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, zwane dalej o.w.u., stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (zwane dalej Allianz) z Ubezpieczającymi.

2.

Użyte w niniejszych o.w.u. oraz w dodatkowych umowach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **akt przemocy** – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko Ubezpieczonemu, które spowodowało poddanie się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez Ubezpiezonego, przez co swoboda woli Ubezpiezonego – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
- 2) **akt terroru** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy, lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych;
- 3) **choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 4) **choroba przewlekła**:
 - a) zdiagnozowany przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem
 - lub
 - b) choroba stale lub okresowo leczona w warunkach ambulatoryjnych lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia;
- 5) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania (F00-F99);
- 6) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 7) **dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – data wskazana w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia jako data rozpoczęcia odpowiedzialności Allianz w stosunku do Ubezpiezonego;

- 8) **Dyrekcja Generalna** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz, powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie;
- 9) **Działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu lub
 - b) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 10) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Głównego Ubezpiezonego lub jego partnera, które po objęciu ochroną ubezpieczeniową w formie Pakietu Rodzinnego staje się Ubezpieczonym, zwane również członkiem rodziny;
- 11) **Główny Ubezpieczony** – pracownik wskazujący Ubezpieczającemu osoby do objęcia ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego, reprezentujący je w okresie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczającego oraz Allianz, będący również Ubezpieczonym;
- 12) **identyfikator** – dokument służący placówkom medycznym do wstępnej weryfikacji Ubezpiezonego; identyfikator ważny jest tylko z zaopatrzonym w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpiezonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna);
- 13) **infolinia medyczna** – infolinia telefoniczna działająca 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, pod ogólnopolskim numerem telefonu podanym na identyfikatorze i w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u., dzięki której Ubezpieczony może umówić termin świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku nr 1 oraz świadczeń wynikających z warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpiezonego z zakresu rehabilitacji medycznej wymienionych w załączniku nr 3 i warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpiezonego z zakresu stomatologii wymienionych w załączniku nr 4; infolinia medyczna zwana jest również **Centrum Świadczeń Medycznych**; zmiana numeru infolinii nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia;
- 14) **karencja** – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Allianz z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowych umów ubezpieczenia, przez okres w nich wskazany;
- 15) **leczenie ambulatoryjne** – działanie medyczne, które ma na celu przywrócenie i poprawę stanu zdrowia Ubezpiezonego lub zapobieganie pogorszeniu stanu zdrowia Ubezpiezonego, bez przyjęcia do szpitala oraz nie jest realizowane w oddziale ratunkowym, na ostrym dyżurze lub izbie przyjęć szpitala;
- 16) **Pakiet Indywidualny** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest pracownik Ubezpieczającego;
- 17) **Pakiet Rodziny** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Główny Ubezpieczony, jego partner (małżonek, konkubent), ich dzieci własne lub przysposobione; dopuszcza się objęcie ochroną ubezpieczeniową Głównego Ubezpiezonego wraz z dzieckiem/dziećmi jak i Głównego Ubezpiezonego wraz z partnerem;
- 18) **partner** – osoba, z którą Główny Ubezpieczony w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Rodzinnego pozostaje w związku małżeńskim bądź konkubinacie, która po objęciu ochroną ubezpieczeniową staje się Ubezpieczonym; w razie zgonu Ubezpiezonego za małżonka uznaje się osobę, która w dniu jego zgonu pozostaje z nim w związku małżeńskim i została wskazana w akcie zgonu jako małżonek;
- 19) **placówki medyczne** – wskazane przez Allianz podmioty wykonujące działalność leczniczą, w których Ubezpieczony może uzyskać świadczenia zdrowotne wymienione w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u. oraz świadczenia wynikające z warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpiezonego z zakresu rehabilitacji medycznej i warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpiezonego z zakresu stomatologii; informacja o aktualnym wykazie placówek medycznych, które podpisały z Allianz umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych i zakresie udzielanych tam świadczeń zdrowotnych dostępna jest pod numerem infolinii medycznej; wykaz placówek medycznych udostępniany jest na stronie www.allianz.pl; zmiany w dostępności placówek medycznych mogą być spowodowane rozszerzeniem liczby dostępnych w ten sposób placówek medycznych lub ich rezygnacją z oferowania usług Ubezpieczonym;

- 20) **polisa** – dokument wystawiony przez Allianz, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 21) **pracownik** – osoba fizyczna, zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę lub innej umowy cywilnoprawnej w szczególności umowy zlecenia, umowy o dzieło, której przedmiotem jest świadczenie pracy, lub osoba z którą łączy z Ubezpieczającym stosunek prawny opisany w pkt 30) poniżej;
- 22) **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;
- 23) **przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
- a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń,
 - b) czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w wyniku upadków,
 - c) energii termicznej lub elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - d) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - e) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych,
- jednocześnie zastrzega się, iż stres i przeżycia Ubezpieczonego nie są przyczyną zewnętrzną;
- 24) **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);
- 25) **rocznica polisy** – data, która w kolejnych latach kalendarzowych jest rocznicą daty określonej w polisie jako data początku ochrony ubezpieczeniowej;
- 26) **skierowanie lekarskie** – dokument, wystawiony w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w odniesieniu do danego Ubezpieczonego przez:
- a) lekarza z placówki medycznej wskazanej przez Allianz i dostępnego w ramach specjalizacji lekarskiej przysługującej Ubezpieczonemu w ramach posiadanego wariantu ubezpieczenia lub
 - b) w przypadkach wymienionych w § 18 przez lekarza z zakładu opieki zdrowotnej dostępnego w ramach specjalizacji lekarskiej przysługującej Ubezpieczonemu w ramach posiadanego wariantu ubezpieczenia,
- uprawniający danego Ubezpieczonego do realizacji świadczeń zdrowotnych, wymagających zgodnie z załącznikiem nr 1 skierowania lekarskiego;
- 27) **składka** – składka ubezpieczeniowa w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym oraz w ramach zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym;
- 28) **suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota, będąca podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacanego w razie zajścia w życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia lub dodatkowej umowie ubezpieczenia;
- 29) **świadczenia zdrowotne** – badanie lekarskie, usługi medyczne i diagnostyczne udzielane podczas leczenia ambulatoryjnego w zakresie określonym w umowie ubezpieczenia dla odpowiedniego wariantu ubezpieczenia;
- 30) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca pracowników; dla potrzeb niniejszych o.w.u. na równi z zatrudnieniem (stosunkiem pracy) traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i pracownikiem związku uzasadniającego – zdaniem Allianz – możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych o.w.u. (np. przynależność Ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego);
- 31) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia; w przypadku przystępowania do umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego Ubezpieczonym jest pracownik Ubezpieczającego, w przypadku przystępowania do umowy ubezpieczenia w formie Pakietu Rodzinnego Ubezpieczonym jest Główny Ubezpieczony i wskazane przez niego osoby objęte ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego;
- 32) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana między Allianz a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych o.w.u.;
- 33) **Uposażony** – osoba, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 34) **wariant ubezpieczenia** – zakres świadczeń zdrowotnych przysługujący Ubezpieczonemu w ramach zawartej umowy ubezpieczenia;
- 35) **wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
- a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku adekwatnym z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie;
- 36) **zakład opieki zdrowotnej** – działający w ramach systemu opieki zdrowotnej, na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, przychodnia, gabinet medyczny, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej; za zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu niniejszych o.w.u. nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium, uzdrowiska, żłobka, salonu optycznego, salonu kosmetycznego, ośrodka SPA;
- 37) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia polegające na:
- a) zgonie Ubezpieczonego,
 - b) wystąpieniu u Ubezpieczonego choroby,
 - c) doznaniu u Ubezpieczonego obrażeń ciała będących następstwem wypadku,
 - d) ciąży Ubezpieczonego.

§ 2

W jakim zakresie chroni ubezpieczenie Allianz Opieka Zdrowotna?

Allianz Opieka Zdrowotna zapewnia Ubezpieczonym dostęp do szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych w placówkach medycznych współpracujących z Allianz oraz możliwość refundacji poniesionych kosztów w dowolnie wybranym przez Ubezpieczonego zakładzie opieki zdrowotnej 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.

Załącznik nr 1 opisujący zakres świadczeń zdrowotnych znajdziesz na końcu dokumentu

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w zakresie podstawowym jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy ubezpieczenia polega na:

- 1) zorganizowaniu i pokryciu kosztów świadczeń zdrowotnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej określonych w załączniku nr 1, udostępnionych Ubezpieczonemu w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego i wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz za pośrednictwem infolinii medycznej/Centrum Świadczeń Medycznych

albo

- 2) zwrocie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych Ubezpieczonemu w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego w wybranym przez Ubezpieczonego zakładzie opieki zdrowotnej i poniesionych przez Ubezpieczonego w zakresie zgodnym z posiadanym przez Ubezpieczonego wariantem ubezpieczenia określonym w załączniku nr 1, do maksymalnej wysokości określonej w cenniku refundacyjnym wskazanym w załączniku nr 1. 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.

3.

Podstawowy zakres umowy ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.

Zakres ochrony w ramach dodatkowych umów ubezpieczenia został wskazany w załącznikach nr 2-6, które znajdziesz na końcu dokumentu. Dodatkowe umowy ubezpieczenia to: świadczenia opiekuńcze (assistance medyczne), rehabilitacja, stomatologia, stomatologia refundacyjna, chirurgia jednego dnia, zwrot kosztów zakupu leków po leczeniu w szpitalu (opis umowy na stronie 18)

4.

W związku z zawarciem dodatkowych umów ubezpieczenia odpowiedzialnością Allianz mogą być objęte zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w warunkach dodatkowego ubezpieczenia.

5.

W przypadku rozszerzenia zakresu umowy ubezpieczenia o świadczenia objęte dodatkowymi umowami ubezpieczenia, dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

6.

Zakres ubezpieczenia jest określany w polisie na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie lub zmianę umowy ubezpieczenia.

7.

Zakres ubezpieczenia może być różny dla poszczególnych podgrup Ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia.

To Ty decydujesz o zakresie ubezpieczenia. Z pomocą Agenta/Brokera możesz dopasować go do potrzeb Twoich Pracowników.

§ 3

W jakich przypadkach odpowiedzialność Allianz jest ograniczona

Poznaj poniższą listę okoliczności, które znoszą odpowiedzialność Allianz

1.

Allianz nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:

- 1) działania Ubezpieczonego pod i w związku z wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz. U. 2005 r. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm), leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, choroby będącej następstwem spożywania alkoholu;
- 2) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru, rozruchach i zamieszkach;
- 3) samobójstwa dokonanego w ciągu 24 miesięcy od przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
- 5) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów przemocy, aktów terroru.

2.

Allianz w zakresie świadczeń zdrowotnych nie odpowiada za:

- 1) zorganizowanie ani pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w sytuacjach wymagających działań w trybie pilnym określonych w ust. 3 poniżej;
- 2) zwrot poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów wizyt domowych nie zgłoszonych i niezaakceptowanych za pośrednictwem infolinii medycznej;
- 3) leczenie prowadzone przez osoby bliskie Ubezpieczonemu, tj. leczenie prowadzone przez jego małżonka, 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 kuratelii;
- 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, na które Ubezpieczony nie został skierowany przez lekarza dostępnego w ramach specjalizacji lekarskiej przysługującej Ubezpieczonemu w ramach posiadanego wariantu ubezpieczenia, choćby nawet były dostępne w ramach wariantu ubezpieczenia;
- 6) organizację i pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych innych niż dostępne w ramach posiadanego przez danego Ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia;
- 7) leczenie i diagnostykę niepłodności.

3.

Wszelkie zgłoszenia wymagające pilnej interwencji medycznej, za które uważa się: zatrucia, zaburzenia świadomości, utratę przytomności,

omdlenia, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, ostry ból brzucha, krwotoki, zagrożenie życia spowodowane przez nieszczęśliwe wypadki, stany zagrożenia ciąży, poważne urazy, złamania kości, nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażeni i niedowładów traktowane są jako stany zagrożenia życia i winny być zgłaszane bezpośrednio przez Ubezpieczonego do Pogotowia Ratunkowego.

4.

Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie jest objęty zakresem ubezpieczenia Allianz.

CZĘŚĆ II. Umowa ubezpieczenia, jak ją zawrzeć i rozwiązać

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

§ 4

Na jaki czas zawierana jest umowa ubezpieczenia i w jaki sposób ulega przedłużeniu?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na rok i automatycznie przedłużana, jeżeli Pracodawca – Ubezpieczający lub Allianz nie złożą oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy. W razie przedłużenia umowy na dotychczasowych warunkach dokumenty potwierdzające zawarcie umowy nie ulegają zmianie.

Jeżeli Ubezpieczający nie jest zainteresowany przedłużeniem ubezpieczenia, wystarczy że złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy. W takim przypadku umowa zostanie rozwiązana w ostatnim dniu roku polisy.

1.

Umowa ubezpieczenia wraz z umowami dodatkowymi zawierana jest na okres jednego roku. Umowa ubezpieczenia wraz z umowami dodatkowymi ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia i umowy dodatkowe mogą być przedłużane wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.

2.

W razie przedłużenia umowy ubezpieczenia wraz z umowami dodatkowymi na następny roczny okres ubezpieczenia z zachowaniem trybu określonego w ust. 1 umowy te przedłużane są na takich samych warunkach jak umowy zawarte w poprzedzającym je okresie rocznym, a dotychczas obowiązujące dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dodatkowymi umowami pozostają w mocy, chyba że strony postanowią zmienić warunki umowy ubezpieczenia zgodnie z trybem określonym w § 7 niniejszych o.w.u.

§ 5

Kto i w jakiej formie może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową?

1.

Do umowy ubezpieczenia można przystąpić w formie:

- 1) Pakietu Indywidualnego;
- 2) Pakietu Rodzinnego.

2.

Ubezpieczeniem w formie Pakietu Indywidualnego może zostać objęta osoba, która w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonego 64. roku życia.

3.

Ubezpieczeniem w formie Pakietu Rodzinnego może zostać objęty Główny Ubezpieczony i jego partner, o ile spełniają kryteria wiekowe określone w ust. 2 powyżej oraz ich dzieci własne lub przysposobione, które w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia nie ukończyły 25. roku życia.

§ 6

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia?

1.

Umowa ubezpieczenia i umowy dodatkowe są zawierane na podstawie wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, podpisanego przez Ubezpieczającego na formularzu Allianz. Ubezpieczający zobowiązany jest do prawidłowego i kompletnego wypełnienia wniosku o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Podstawą zawarcia umowy jest wypełniony wniosek który podpisuje Ubezpieczający. W sytuacji gdy złożone dokumenty są niekompletne lub zostały wypełnione nieprawidłowo możesz zostać poproszony o uzupełnienie wniosku lub innych wymaganych przez Allianz dokumentów.

2.

Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i przekazać Allianz najpóźniej do 20. dnia miesiąca kalendarzowego poprzedzającego rozpoczęcie okresu ochrony ubezpieczeniowej:

- 1) wykaz imienny osób zgłaszanych 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 (w razie zawarcia umowy w formie Pakietów Rodzinnych deklarację za niepełnoletnie dziecko podpisuje jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy).

Pamiętaj aby do wniosku dołączyć wykaz imienny przystępujących pracowników i członków ich rodzin oraz ich deklaracje przystąpienia. Pracownik wskazuje w deklaracji osoby, które wraz z nim przystępują do ubezpieczenia. Każda deklaracja musi zostać podpisana przez osobę przystępującą do ubezpieczenia.

Prosimy zwrócić uwagę na terminy – aby ochrona dla Twoich pracowników mogła rozpocząć się od 1 dnia miesiąca kalendarzowego wszystkie dokumenty muszą być skompletowane oraz przekazane do Allianz do 20 dnia miesiąca poprzedzającego ochronę.

3.

Allianz może wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia innych dokumentów, uznanych przez Allianz 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, stanowią będą załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

5.

Na podstawie uzyskanych przez Allianz informacji zawartych we wniosku oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów Allianz 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 proponuje Ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających na niekorzyść Ubezpieczającego od złożonego przez niego wniosku, Allianz zwróci na to na piśmie uwagę Ubezpieczającemu i osobom przystępującym do ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego i/lub Głównym Ubezpieczonym przystępującym do ubezpieczenia w formie Pakietów Rodzinnych oraz wyznaczy im siedmiodniowy termin na zgłoszenie pisemnego sprzeciwu. W razie zgłoszenia sprzeciwu przez Ubezpieczającego umowę uważa się za niezawartą, z kolei w przypadku braku jego sprzeciwu – umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią zaproponowaną przez Allianz następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu. Sprzeciw osoby przystępującej do ubezpieczenia w formie Pakietu Indywidualnego traktowany jest jako jej rezygnacja z objęcia ochroną na zmienionych warunkach zaproponowanych przez Allianz. Jeżeli sprzeciw złoży Główny Ubezpieczony traktowany jest on jako rezygnacja z objęcia ochroną również zgłaszanych przez niego osób do objęcia ochroną w formie Pakietu Rodzinnego.

7.

Zawarcie umowy ubezpieczenia Allianz potwierdza, wystawiając polisę dla Ubezpieczającego oraz dokument indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego.

Po akceptacji przez Allianz wniosku otrzymasz polisę a Twoi pracownicy oraz członkowie ich rodzin imienne certyfikaty potwierdzające objęcie ochroną.

8.

Za zgodą Allianz i na warunkach zaproponowanych przez Allianz dopuszcza się możliwość utworzenia w jednej umowie ubezpieczenia kilku podgrup Ubezpieczonych ze zróżnicowaną składką i zakresem ochrony. Nie dopuszcza się ubezpieczenia tych samych osób w więcej niż jednej podgrupie.

W ramach jednej umowy istnieje możliwość wyodrębnienia kilku podgrup Ubezpieczonych z różnym zakresem ochrony. Pamiętaj, że jeżeli ubezpieczenie zawarte jest w formie Pakietu Rodzinnego, wówczas każdy ubezpieczony objęty ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego ma taki sam zakres ochrony/taki sam wariant ubezpieczenia.

9.

W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Allianz najpóźniej do 20. dnia każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy:

- 1) wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu wraz z ich deklaracjami, z zachowaniem postanowień ust. 2 pkt 2) niniejszych o.w.u.;
- 2) wykaz osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesiącu wygasa odpowiedzialność Allianz.

Jeżeli chcesz włączyć/wyłączyć pracownika do/z ubezpieczenia dostarcz do 20. dnia obowiązywania umowy: wykaz imienny przystępujących pracowników i członków ich rodzin oraz ich deklaracje przystąpienia, wykaz osób występujących.

10.

Jeżeli 20. dzień miesiąca kalendarzowego, o którym mowa w ust. 2 i 9, jest dniem wolnym od pracy, przesłanie dokumentów wymienionych w tych ustępach nastąpi w pierwszym następującym po nim dniu roboczym.

11.

Umowa ubezpieczenia i umowy dodatkowe mogą być zawarte dla grupy liczącej co najmniej 5 pracowników.

Ubezpieczenie jest zawierane już dla 5 pracowników, którzy mogą przystąpić sami – w formie Pakietu Indywidualnego lub z członkami swoich rodzin – w formie Pakietu Rodzinnego.

12.

Umowa jest zawierana w trybie, o którym mowa w § 6 niniejszych o.w.u., jeżeli do umowy przystąpi liczba osób wskazana przez Allianz przy zawarciu umowy ubezpieczenia.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia zapoznaj się z informacją na temat wymaganej liczby pracowników niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli przystępuje zbyt mało pracowników niż Allianz wskazuje przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, to umowa może być zawarta na warunkach zaproponowanych przez Allianz.

13.

Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 12 powyżej, to umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą Allianz i na warunkach zaproponowanych przez Allianz.

§ 7

Kiedy i w jaki sposób umowa ubezpieczenia ulega zmianie?

Jeżeli jesteś zainteresowany zmianą warunków umowy złóż nam najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy wniosek o zmianę warunków umowy. Również Allianz może zaproponować Tobie zmianę warunków ubezpieczenia na dwa miesiące przed rocznicą umowy.

Jeżeli się nie zgadzasz na zmianę warunków umowy prześlij do Allianz, najpóźniej 30 dni przed rocznicą umowy oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zmianę warunków. Twoja umowa zostanie rozwiązana w ostatnim dniu roku polisy.

1.

Każda ze stron umowy może wystąpić z wnioskiem o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia. Wniosek o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia składany jest drugiej stronie umowy:

- 1) nie później niż na miesiąc przed rocznicą polisy, jeżeli o zmianę wnioskuje Ubezpieczający;
- 2) nie później niż na dwa miesiące przed każdą rocznicą polisy, jeżeli o zmianę wnioskuje Allianz.

2.

Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od Allianz informacji o zmianie warunków umowy na następny roczny okres ubezpieczenia doręczy Allianz, najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Allianz 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.

3.

Zmiany w umowie ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego dokonywane są za pisemną zgodą Dyrekcji Generalnej Allianz.

4.

Zmiany w umowie ubezpieczenia dokonywane są po uzyskaniu uprzedniej zgody Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia w formie Pakietów Indywidualnych lub Głównych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Rodzinnych, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 poniżej. Dokonanie zmian jest możliwe tylko w przypadku zgody wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach umowy ubezpieczenia w formie Pakietów Indywidualnych lub Głównych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Rodzinnych.

Pamiętaj, aby uzyskać zgodę swoich pracowników na zmianę warunków umowy. Twój pracownik może mianować Ciebie swoim pełnomocnikiem. Jeżeli Twój pracownik nie upoważni Ciebie do wyrażenia w jego imieniu zgody na zmiany warunków umowy to do wniosku o zmianę warunków umowy złóż zgodę swoich pracowników na zmianę warunków umowy.

Jeżeli pracownik złoży oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zmianę warunków umowy traktuje się ją jako rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej (ochrona wygasa również na rzecz rodziny ubezpieczonej w ramach Pakietów Rodzinnych).

5.

Zmiany umowy ubezpieczenia nienaruszające praw Ubezpieczonego mogą być dokonywane bez jego zgody.

6.

Ubezpieczony objęty ochroną w formie Pakietu Indywidualnego lub Główny Ubezpieczony objęty ochroną w formie Pakietu Rodzinnego może wyrazić zgodę na dokonanie zmian umowy ubezpieczenia osobiście lub za pośrednictwem innej umocowanej w tym zakresie osoby (pełnomocnika).

7.

W przypadku braku umocowania lub jego odwołania, do wniosku o zmianę warunków umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Allianz oświadczenia Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietu Indywidualnego lub Głównych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietu Rodzinnego o wyrażeniu zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia.

8.

W razie złożenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu oświadczenia opisanego w ust. 2, 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, skutkuje ono rezygnacją z ochrony świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach Pakietów Rodzinnych.

9.

Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanych zmian warunków umowy w terminie określonym w ust. 2, powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:

1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia;
oraz na

2) zaproponowaną przez Allianz zmianę warunków umowy, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.
W przypadku Ubezpieczonego objętego ochroną w formie Pakietu Indywidualnego lub Głównego Ubezpieczonego objętego ochroną w formie Pakietu Rodzinnego brak pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanych zmian warunków umowy ubezpieczenia oznacza wolę kontynuowania umowy.

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

§ 8

Kiedy Ubezpieczony może zmienić wariant i formę ubezpieczenia?

Twój pracownik, za Twoją zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz, może w każdym momencie trwania umowy zmienić wariant i formę ubezpieczenia. Pamiętaj, że kolejna zmiana może być dokonana dopiero po upływie 6 miesięcy od ostatniej zmiany.

Ubezpieczeni objęci ochroną w formie Pakietu Indywidualnego lub Główni Ubezpieczeni objęci ochroną w formie Pakietu Rodzinnego za zgodą Ubezpieczającego i na warunkach określonych przez Allianz 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 mogę odstąpić od umowy ubezpieczenia?

Jeżeli chcesz odstąpić od umowy i poinformujesz nas o tym w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jesteś przedsiębiorcą w ciągu 7 dni od zawarcia umowy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszt ochrony za okres, w którym jej udzieliśmy.

1.

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.

2.

Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres udzielanej przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej.

§ 10

Kiedy umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu?

Jeżeli chcesz wypowiedzieć umowę, 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 ubezpieczeniowej. Zwrócimy Ci jednak składkę za niewykorzystany okres ochrony np. gdy opłaciłeś składkę z góry za cały rok obowiązywania umowy.

Twoja umowa ubezpieczenia rozwiąże się również jeżeli nie opłaciłeś składki w wymaganym terminie lub jeżeli przed rocznicą umowy ubezpieczenia 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.

Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Allianz otrzymał informację o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki za okres wypowiedzenia.

3.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje z ostatnim dniem miesiąca i skutkuje rozwiązaniem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

4.

W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej lub składki wpłaconej po rozwiązaniu umowy. Zgon Ubezpieczonego, za który Allianz wypłaci świadczenie, w myśl o.w.u. oznacza wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na rzecz danego Ubezpieczonego.

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 dopiero po 6 miesiącach możesz ponownie zawrzeć umowę ubezpieczenia

CZĘŚĆ III. Składka ubezpieczeniowa

Dowiedz się jak opłacać składkę ubezpieczeniową 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 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 za okresy miesięczne, kwartalne, za okres półroczny lub z góry za cały rok obowiązywania umowy.

3.

Składkę ustala się w szczególności w zależności od zakresu ubezpieczenia, formy ubezpieczenia, zawartych umów dodatkowych stanowiących rozszerzenie zakresu podstawowego umowy ubezpieczenia.

4.

Wyłączenie z zakresu ubezpieczenia świadczeń opieki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wymienionych w załączniku nr 1 w rozdziale IV. pkt 1 wpływa na obniżenie wysokości składki.

5.

W razie zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia, składka jest równa sumie składek należnych na podstawie umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia.

6.

Składka jest płatna łącznie za całą grupę, nie później niż do 20. dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna.

7.

Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na właściwy rachunek bankowy Allianz, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 12

Na jaki okres ustalana jest składka ubezpieczeniowa i kiedy może ulec zmianie?

Składka jest ustalana przez Allianz na każdy rok trwania umowy ubezpieczenia. Jeżeli będziemy zmuszeni 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 na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W razie zmiany składki Allianz informuje

Ubezpieczającego i Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Indywidualnych lub Głównych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Rodzinnych o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na dwa miesiące przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.

2.

Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od Allianz informacji o wysokości składki na następny roczny okres ubezpieczenia doręczy Allianz, najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Allianz wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 niniejszych o.w.u., chyba że strony postanowią inaczej.

3.

W razie złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia opisanego w ust. 2 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, skutkuje ono rezygnacją z ochrony świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach Pakietów Rodzinnych.

Jeżeli pracownik złoży oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zmianę wysokości składki traktuje się ją jako rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej (ochrona wygasa również na rzecz rodziny ubezpieczonej w ramach Pakietów Rodzinnych).

4.

Allianz, informując Ubezpieczającego i Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Indywidualnych lub Głównych Ubezpieczonych objętych ochroną w formie Pakietów Rodzinnych o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, jednocześnie poda do wiadomości skutki niewyrażenia zgody na proponowaną zmianę opisaną w ust. 2 i 3 powyżej.

5.

Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 2 powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:

- 1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia; oraz na
- 2) wysokość składki zaproponowaną przez Allianz, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.

W przypadku Ubezpieczonego objętego ochroną w formie Pakietu Indywidualnego lub Głównego Ubezpieczonego objętego ochroną w formie Pakietu Rodzinnego brak pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki oznacza wolę kontynuowania umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, zaproponowanych przez Allianz w kolejnym okresie rocznym.

§ 13

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?

Pamiętaj, że terminowane opłacanie składek gwarantuje ciągłość ochrony. Gdybyś nie opłacił składki w terminie, przypomniemy Ci o tym. Jednak jeżeli nie opłacisz składki w terminie wskazanym w piśmie oznaczać to będzie wypowiedzenie umowy ubezpieczenia, które musisz potwierdzić składając pisemne potwierdzenie woli rozwiązania umowy. Za okres wypowiedzenia zobowiązany jesteś do opłacenia składki.

1.

Jeżeli składka nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego do ostatniego roboczego dnia miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna (okres prolongaty), Allianz wzywa Ubezpieczającego do zapłaty składki w odpowiednim terminie, określonym w wezwaniu, a umowę uważa się za wypowiedzianą ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca rozpoczynającego kolejny okres ochrony, za który nie opłacono składki. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres wypowiedzenia. Niezwłocznie po zapłaceniu składki za okres wypowiedzenia Ubezpieczający musi złożyć Allianz pisemne oświadczenie, potwierdzające wolę rozwiązania umowy. W razie braku takiego oświadczenia wypowiedzenie umowy uważa się za niebyłe. Wezwanie, o którym mowa w niniejszym ustępie, Allianz wyśle do Ubezpieczającego do 5. dnia roboczego pierwszego miesiąca okresu, za który składka była należna.

W poniższym ustępie dowiesz się, co uznajemy za nieopłacenie składki

2.

Składkę uważa się za niezapłaconą zwłaszcza wtedy, gdy:

- 1) wysokość składki przekazanej na właściwy rachunek bankowy Allianz jest niższa niż wynikająca z liczby Pakietów Indywidualnych lub liczby Pakietów Rodzinnych, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem. Liczbę Pakietów Indywidualnych i/lub liczbę Pakietów Rodzinnych, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 6 ust. 2 oraz w ust. 9 niniejszych o.w.u.;
- 2) składka nie została przekazana na właściwy rachunek Allianz;
- 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 jakie są 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 deklaracje przystąpienia, wymienionej daną osobę na liście osób przystępujących i przekazałeś nam łączną składkę za wszystkie zgłoszone do ubezpieczenia Pakiety.

1.

Odpowiedzialność Allianz w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się od daty wskazanej przez Allianz w indywidualnym certyfikacie, 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 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 ust. 9 pkt 1 niniejszych o.w.u.;
- 3) Ubezpieczający zapłacił składkę w terminie określonym w § 11 ust. 6 niniejszych o.w.u.;
- 4) wysokość składki przekazanej na rachunek Allianz nie jest niższa niż wynikająca z liczby Pakietów Indywidualnych i liczby Pakietów Rodzinnych, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem.

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

2.

Odpowiedzialność Allianz 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 Rodzinnego – w ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpił zgon Głównego Ubezpieczonego;
- 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony w przypadku Pakietu Indywidualnego lub Główny Ubezpieczony w przypadku Pakietu Rodzinnego wystąpił z umowy ubezpieczenia co zostało potwierdzone w wykazie osób występujących z umowy ubezpieczenia zgodnie z § 6 ust. 9 pkt 2); wystąpienie z umowy ubezpieczenia Głównego Ubezpieczonego skutkuje wystąpieniem z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej również na rzecz Ubezpieczonych objętych nią w ramach Pakietu Rodzinnego;
- 4) w dniu rocznicy polisy, następującej po dniu lub w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia, a gdy Ubezpieczonym jest dziecko – w dniu rocznicy polisy następującej po dniu lub w dniu ukończenia przez dziecko 26. roku życia; w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego – w dniu rocznicy polisy, następującej

po dniu lub w dniu ukończenia przez Głównego Ubezpieczonego 65. roku życia;

- 5) z pierwszym dniem miesiąca rozpoczynającego nowy okres ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający nie zaakceptuje zaproponowanej wysokości składki.

3.

Z dniem określonym w ust. 2 wygasa odpowiedzialność Allianz wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia, zawartych na rzecz Ubezpieczonego, o ile ogólne warunki umów dodatkowych nie przewidują innego terminu wygaśnięcia odpowiedzialności.

4.

Ubezpieczony w przypadku Pakietu Indywidualnego lub Główny Ubezpieczony w przypadku Pakietu Rodzinnego mają prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu odpowiednie oświadczenie. 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 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 ponownie może objąć ją ochroną po 6 miesiącach, liczonych od ostatniego dnia ochrony.

1.

W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nieubezpieczone.

2.

Najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny miesięczny okres ochrony Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Allianz wykaz imienny osób przystępujących do ubezpieczenia, ich deklaracje przystąpienia oraz inne dokumenty wskazane przez Allianz. Wykonanie tego obowiązku jest warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową osób nowo przystępujących do zawartej umowy ubezpieczenia.

3.

Allianz w przypadku wystąpienia danego Ubezpieczonego z ubezpieczenia wyraża zgodę na ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem, że przystąpienie do umowy ubezpieczenia nastąpi po upływie 6-miesiący, liczonych od ostatniego dnia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że Allianz postanowi inaczej.

§ 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 pozostające w ochronie.

Warunkiem wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia jest wskazanie go przez Ubezpieczającego na wykazie osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesięcznym okresie ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność Allianz i otrzymanie przez Allianz 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 przysługuje roszczenie względem Ubezpieczającego o zapłatę należnej składki za wszystkie osoby pozostające w ubezpieczeniu.

CZĘŚĆ V. Postępowanie na wypadek zdarzenia ubezpieczeniowego

Dowiedz się jak wygląda organizacja świadczeń zdrowotnych oraz umów dodatkowych stomatologii i rehabilitacji. Jak zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia i jakie dokumenty należy przedstawić.

§ 17

Jak Allianz organizuje świadczenia zdrowotne dla Ubezpieczonych?

W tej części opisujemy, co trzeba zrobić aby skorzystać ze świadczeń zdrowotnych oraz świadczeń z zakresu stomatologii i rehabilitacji.

Prosimy, aby Ubezpieczeni kontaktowali się z naszą infolinią medyczną/Centrum Świadczeń Medycznych w celu ustalenia, czy dane świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu. Po pozytywnej weryfikacji uprawnień nasi konsultanci zorganizują dla Ubezpiezonego dane świadczenie.

Pamiętaj, że organizujemy świadczenia tylko w sieci placówek medycznych wskazanych przez Allianz i na podstawie ważnego skierowania lekarskiego wystawionego w okresie ochrony przez lekarza z placówki medycznej wskazanej przez Allianz.

Jeżeli Ubezpieczeni chcą skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w dowolnie wybranym przez siebie zakładzie opieki zdrowotnej zapoznaj się z zasadami opisanymi w § 18.

1.

Allianz w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia organizuje Ubezpieczonym świadczenia zdrowotne, wymienione w załączniku nr 1, we wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz placówkach medycznych, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i dokumentach do niego dołączonych wariantem ubezpieczenia.

2.

Wszystkie wymienione w załączniku nr 1 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 skierowania lekarskiego, posiada ważne skierowanie lekarskie na dane świadczenie zdrowotne, wystawione w okresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz w stosunku do tego Ubezpiezonego przez lekarza z placówki medycznej wskazanej przez Allianz i dostępnego w ramach specjalizacji lekarskiej przysługującej Ubezpieczonemu w ramach posiadanego wariantu ubezpieczenia.

3.

W celu umożliwienia organizacji i pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych należnych Ubezpieczonemu w ramach zawartej umowy ubezpieczenia oraz świadczeń należnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpiezonego z zakresu rehabilitacji medycznej i dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpiezonego z zakresu stomatologii Ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) skontaktować się z infolinią medyczną, której numer podany jest na imiennym identyfikatorze;
- 2) uzgodnić termin wykonania świadczeń i przybyć do placówki medycznej wskazanej przez infolinię medyczną Allianz;
- 3) przedstawić w placówce medycznej identyfikator ubezpieczenia zdrowotnego wraz z ważnym dowodem jednoznacznie określającym tożsamość Ubezpiezonego; w przypadku braku identyfikatora Ubezpieczony powinien przedstawić w placówce medycznej ważny dowód jednoznacznie określający jego tożsamość;
- 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 zdrowotnego każdorazową niemożność skorzystania z wizyty lekarskiej lub badania.

4.

Kontaktując się z infolinią medyczną Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać konsultantowi Centrum Świadczeń Medycznych następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko Ubezpiezonego;
- 2) adres zamieszkania Ubezpiezonego;
- 3) datę urodzenia lub nr PESEL;
- 4) numer polisy, jeżeli Ubezpieczony dysponuje identyfikatorem;
- 5) numer telefonu kontaktowego Ubezpiezonego;
- 6) rodzaj koniecznej pomocy;
- 7) datę wystawienia skierowania i specjalizację kierującego na badania lekarza;
- 8) inne informacje, wskazane przez Allianz, konieczne do organizacji świadczeń zdrowotnych należnych w ramach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

5.

Organizacja świadczenia zdrowotnego oraz świadczenia należnego w ramach dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpiezonego z zakresu rehabilitacji medycznej i dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpiezonego z zakresu stomatologii potwierdzana jest informacją sms na numer telefonu Ubezpiezonego podany podczas kontaktu z infolinią medyczną.

6.

Allianz nie organizuje Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych innych niż wymienione w załączniku nr 1 do umowy ubezpieczenia.

§ 18

Kiedy i w jaki sposób Allianz zwraca Ubezpieczonemu koszty świadczeń zdrowotnych?

Pamiętaj, że Allianz zapewni zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez Ubezpiezonego jeżeli realizacja świadczenia zdrowotnego w sieci placówek medycznych współpracujących z Allianz nie jest możliwa lub jeżeli Ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w dowolnie wybranym przez siebie zakładzie opieki zdrowotnej. Aby skorzystać z refundacji nie musisz posiadać zgody Allianz, poza koniecznością akceptacji przez konsultantów infolinii medycznej Allianz, pokrycia kosztów wizyty domowej.

1.

W razie:

- 1) braku możliwości realizacji świadczenia zdrowotnego, należnego Ubezpieczonemu zgodnie z posiadanym przez tego Ubezpiezonego wariantem ubezpieczenia, w placówce medycznej wskazanej przez Allianz
albo
- 2) chęci skorzystania ze świadczenia zdrowotnego, dostępnego w ramach posiadanego przez danego Ubezpiezonego wariantu ubezpieczenia, w dowolnie wybranym przez Ubezpiezonego zakładzie opieki zdrowotnej,

Allianz zapewni zwrot poniesionych przez Ubezpiezonego kosztów świadczeń zdrowotnych.

2.

Zwrot poniesionych przez Ubezpiezonego kosztów świadczeń zdrowotnych, wymagających zgodnie z treścią załącznika nr 1 skierowania lekarskiego, jest możliwy wyłącznie gdy w dacie skorzystania przez Ubezpiezonego ze świadczeń zdrowotnych, Ubezpieczony posiadał ważne skierowanie lekarskie na dane świadczenie zdrowotne, wystawione w okresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz w stosunku do tego Ubezpiezonego przez lekarza z zakładu opieki zdrowotnej lub placówki medycznej, dostępnego w ramach specjalizacji lekarskiej przysługującej Ubezpieczonemu w ramach posiadanego wariantu ubezpieczenia.

Allianz zapewni zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych jeżeli Ubezpieczony posiada skierowanie lekarskie wystawione w okresie ochrony przez lekarza z zakładu opieki zdrowotnej lub placówki medycznej dostępnego w ramach umowy ubezpieczenia.

3.

Skorzystanie z możliwości, o której mowa w ust. 1 powyżej, nie wymaga uprzedniej akceptacji Allianz za pośrednictwem infolinii medycznej, z zastrzeżeniem ust. 10.

4.

Allianz w przypadkach wymienionych w ust. 1 zwraca koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych Ubezpieczonemu w zakładach opieki zdrowotnej i wykonywanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej podczas leczenia

ambulatoryjnego maksymalnie do wysokości określonej w cenniku refundacyjnym wskazanym w załączniku nr 1, na podstawie:

- 1) pisemnego zgłoszenia roszczenia na formularzu Allianz (wniosku refundacyjnym dostępnym na stronie www.allianz.pl);
- 2) dowodów poniesionych kosztów, określonych w ust. 5 poniżej;
- 3) kserokopii skierowania lekarskiego w przypadku świadczeń zdrowotnych wymagających zgodnie z treścią załącznika nr 1 skierowania lekarskiego.

Zwrócimy Ubezpieczonym koszty leczenia do wysokości określonej w cenniku refundacyjnym wymienionym w załączniku nr 1, który znajdziesz na końcu dokumentu.

Ubezpieczony musi przesłać do Allianz (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.

Dowody poniesionych kosztów, o których mowa w ust. 4 opatrzone pieczęcią firmową zakładu opieki zdrowotnej oraz podpisem osoby upoważnionej do wystawienia dokumentów wskazujących wysokość poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów świadczeń zdrowotnych, muszą zawierać szczegółową specyfikację uwzględniającą:

- 1) imię, nazwisko oraz aktualny adres Ubezpieczonego, któremu zostało udzielone świadczenie zdrowotne;
- 2) wskazanie lekarza specjalisty, z poradą którego korzystał Ubezpieczony;
- 3) wykaz świadczeń zdrowotnych, objętych zakresem ubezpieczenia, z których korzystał Ubezpieczony;
- 4) datę wykonanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) cenę poszczególnych świadczeń zdrowotnych.

6.

Dokumenty, o których mowa w ust. 4 należy przesłać na adres Allianz podany we wniosku refundacyjnym.

7.

Allianz 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.

8.

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

9.

Jeżeli zwrot poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów nie przysługuje, Allianz poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę zwrotu kosztów leczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

10.

Allianz nie ponosi odpowiedzialności za koszty wizyt domowych, jeżeli zamiar każdorazowego umówienia wizyty domowej nie został zgłoszony i zaakceptowany przez infolinię medyczną.

11.

Zwrotowi kosztów, o których mowa w ust. 1 nie podlegają świadczenia zdrowotne wymienione w załączniku nr 1 w rozdziale XX.

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 podlegają również usługi, 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 lista takich świadczeń znajdziesz w załączniku nr 1.

12.

Zwrotowi kosztów, o których mowa w ust. 1 podlegają świadczenia zdrowotne wymienione w załączniku nr 1 w rozdziale XI, pkt 2 ppkt 2) oraz pkt 4 ppkt 4)-13), jeżeli ich wykonanie mieści się w cenie konsultacji, z której Ubezpieczony skorzysta w ramach umowy ubezpieczenia. Allianz 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 lekarskich dostępnych w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia;
- 2) świadczeń zdrowotnych zrealizowanych podczas odbywania konsultacji lekarskich dostępnych w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia, ale wymagających uiszczenia za nie osobnej opłaty (poza opłatą uiszczoną za konsultację lekarską).

13.

W przypadku skorzystania ze świadczeń zdrowotnych (z wyłączeniem świadczenia, o którym mowa w ust. 10 powyżej) w placówce medycznej współpracującej z Allianz, ale 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 wariantcie 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 ubezpieczenia. Jeśli jednak Uposażeni nie zostaną wskazani, wówczas świadczenie z tytułu śmierci otrzymają osoby wymienione w ust. 10.

1.

W razie zgonu Ubezpieczonego Allianz 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 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 wyznaczone 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 śmierci Ubezpieczonego.

9.

Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz 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) małżonkowi;
- 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak małżonka;
- 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i małżonka;
- 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i małżonka;
- 5) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

§ 20

Na jakiej podstawie Allianz wypłaci świadczenie?

Osoba uprawniona do świadczenia ma obowiązek powiadomić Allianz 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 osoby uprawnione do otrzymania świadczenia są zobowiązane do powiadomienia Allianz o tym zdarzeniu.

2.

Po zawiadomieniu o zajściu zdarzenia Allianz w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, potwierdza otrzymanie zawiadomienia wskazując jednocześnie dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3.

Osoba objęta ubezpieczeniem lub Uposażony lub inne osoby uprawnione zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wpłynięcia zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Allianz.

4.

Na podstawie przesłanych dokumentów Allianz 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 wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu.

6.

Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz wypłaca w terminie przewidzianym w ust. 5.

7.

Świadczenie jest wypłacane w złotych polskich, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

8.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

9.

Świadczenia z tytułu:

- 1) zgonu Ubezpieczonego;
- 2) dodatkowej umowy leczenia Ubezpieczonego z zakresu chirurgii jednego dnia;

- 3) dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej;
 - 4) dodatkowej umowy ubezpieczenia zwrotu kosztów zakupu leków po leczeniu w szpitalu
- są wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia sporządzonym na formularzu Allianz, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

10.

Osoba zgłaszająca roszczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:

- 1) odpis aktu zgonu;
- 2) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia;
- 3) karta statystyczna, o ile taką posiada;
- 4) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

11.

W przypadku dodatkowych umów ubezpieczenia wymienionych w ust. 9. pkt 2)-4) wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia został wskazany w odpowiednich dodatkowych umowach ubezpieczenia.

12.

Dokumenty, o których mowa w ust. 10 oraz wskazane w dodatkowych umowach ubezpieczenia wymienionych w ust. 9 pkt 2)-4) należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez jedną z niżej wymienionych osób:

- 1) pracownika instytucji wystawiającej dany dokument;
- 2) notariusza;
- 3) pracownika działu kadr, kadry kierowniczej lub księgowości Ubezpieczającego;
- 4) osobę obsługującą polisę u Ubezpieczającego;
- 5) przedstawiciela Allianz.

CZĘŚĆ VI. Podstawowe obowiązki Ubezpieczającego i postanowienia końcowe, w tym zasady komunikacji w trakcie trwania umowy ubezpieczenia

Dowiedz się o wzajemnych obowiązkach informacyjnych stron umowy oraz gdzie możesz się zwrócić gdybyś potrzebował dodatkowych informacji związanych z ubezpieczeniem.

§ 21

Jakie są podstawowe obowiązki Ubezpieczającego?

1.

Ubezpieczający, w sposób zwyczajowo u niego przyjęty, zapewniający skuteczne doręczenie, zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu:

- 1) informacji o treści zawartej umowy ubezpieczenia;
- 2) 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;
- 3) informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia niezwłocznie po jej otrzymaniu od Allianz.

2.

Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie informować Allianz o wszelkich zmianach w wykazach imiennych osób objętych umową ubezpieczenia. W razie niezgłoszenia zmian Allianz przyjmuje ostatnio zgłoszony stan osobowy za aktualny.

3.

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki ubezpieczeniowej i przekazywania Allianz dokumentów niezbędnych do prawidłowej obsługi zawartej umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i warunków określonych w niniejszych o.w.u., oraz niezwłocznego przekazania Ubezpieczonemu identyfikatora dostarczonego przez Allianz.

4.

Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz prosił we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w innych pismach przed zawarciem umowy.

§ 22

Opodatkowanie świadczeń

1.

Zasady opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych reguluje Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych.

2.

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4) Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.), zwanej dalej u.o.p.d.o.f., od podatku dochodowego są wolne kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem:

- 1) odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działów specjalnych produkcji rolnej, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art. 27 ust. 1 lub art. 30c u.o.p.d.o.f.;
- 2) 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.

3.

Zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 59) ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. 2000 r. Nr 54, poz. 654, z późn. zm.) oraz art. 23 ust. 1 pkt 57) u.o.p.d.o.f., nie uważa się za koszty uzyskania przychodów 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 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151) 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.

4.

Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia na życie należącą do Grupy I i 5 Działu I załącznika do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

5.

Jeżeli wypłata świadczenia ubezpieczeniowego uprawnionym w razie zgonu Ubezpieczonego powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Allianz i Ubezpieczającego.

§ 23

Postanowienia końcowe

1.

Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie.

2.

Postanowienia dodatkowe lub odmiennie od ustalonych w niniejszych o.w.u. mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia w porozumieniu z Ubezpieczającym i Ubezpieczonymi odrębnym aneksem.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu oraz danych osobowych zawartych w polisie, dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia, w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian. W razie niedopełnienia obowiązku określonego powyżej wszelkie oświadczenia i zawiadomienia wysłane pod ostatnio znany adres uważa się za wysłane prawidłowo.

Aby mieć pewność, że zawsze będziemy mogli się z Tobą skontaktować poinformuj nas o zmianie danych osobowych lub adresowych.

4.

Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat. Bieg przedawnienia roszczeń przerywa się przez zgłoszenie Allianz roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

5.

Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Allianz w Warszawie), albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

6.

Przy wykonywaniu umowy ubezpieczenia prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

7.

Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Allianz. Skargi lub zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

Zależy nam na Twoim zadowoleniu z naszych usług, dlatego zawsze możesz zwrócić się do nas ze swoim pytaniem: telefonicznie 19512; infolinia ogólna Allianz 801 10 20 30, mailowo: reklamacje.zdrowie@allianz.pl; info@allianz.pl lub listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa

8.

Obowiązującym językiem korespondencji z Allianz jest język polski.

9.

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami warunków dodatkowych umów ubezpieczenia, mają zastosowanie postanowienia §1–23 niniejszych o.w.u.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny

Dowiedz się z jakich usług i świadczeń assistance medycznych może korzystać dodatkowo w ramach ubezpieczenia każdy ubezpieczony pracownik wraz ze swoją rodziną czyli małżonkiem, dziećmi i rodzicami

§ 1 Definicje pojęć

1.

Użyтым w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **centrum operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Allianz udzielający świadczeń opiekuńczych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Allianz za pośrednictwem Ubezpieczającego;
- 2) **dziecko Ubezpieczonego** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w formie Pakietu Indywidualnego, które jest uprawnione do korzystania ze świadczeń opiekuńczych opisanych w załączniku nr 2;
- 3) **lekarz centrum operacyjnego** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
- 4) **matka** – matka naturalna lub przysposabiająca Ubezpieczonego lub małżonka Ubezpieczonego;
- 5) **macocha** – osoba, z którą ojciec Ubezpieczonego lub ojciec małżonka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci matki Ubezpieczonego lub odpowiednio matki małżonka Ubezpieczonego lub osoba, która pozostawała w związku małżeńskim z ojcem w chwili jego śmierci;
- 6) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym znajduje się w danym momencie Ubezpieczony;
- 7) **ojciec** – ojciec naturalny lub przysposabiający Ubezpieczonego lub małżonka Ubezpieczonego;
- 8) **ojczym** – osoba, z którą matka Ubezpieczonego lub matka małżonka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci ojca Ubezpieczonego lub odpowiednio ojca małżonka Ubezpieczonego, lub osoba, która pozostawała w związku małżeńskim z matką w chwili jej śmierci;
- 9) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca wspólnie z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 10) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20. tygodni;
- 11) **rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego lub małżonka Ubezpieczonego oraz macocha i ojczym Ubezpieczonego lub małżonka Ubezpieczonego;
- 12) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 13) **Współubezpieczony** – osoba, której należą się świadczenia opiekuńcze, wymienione w załączniku nr 2. Współubezpieczonym jest następująca osoba:
 - a) małżonek Ubezpieczonego, który w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z nim w związku małżeńskim;
 - b) dziecko Ubezpieczonego, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 20. roku życia zamieszkujące wspólnie z Ubezpieczonym;
 - c) rodzic jedynie w zakresie świadczeń opiekuńczych wymienionych w rozdziale VII załącznika nr 2;
- 15) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, powstałe w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz, objęte odpowiedzialnością Allianz na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
 - a) choroby;
 - b) obrażeń ciała będących następstwem wypadku;

- c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w rozdziale III załącznika nr 2;
- d) stanu ciąży i urodzenia się dziecka.

§ 2

Osoby uprawnione do świadczeń opiekuńczych oraz przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz

1.

Osobami objętymi ochroną w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia są:

- 1) Ubezpieczony;
- 2) Współubezpieczony.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie i życie osób wymienionych w ust. 1 powyżej.

3.

Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Allianz zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielanych świadczeń opiekuńczych zdefiniowanych w załączniku nr 2.

§ 3

Organizacja świadczeń opiekuńczych

Pamiętaj aby w razie chęci skorzystania z usług assistance medycznego najpierw skontaktować się z centrum operacyjnym Mondial Assistance sp. z o.o., które dyżuruje 24 h na dobę pod numerem 22 522 27 19

1.

Świadczenia opiekuńcze udzielane są za pośrednictwem centrum operacyjnego, które decyduje o celowości organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opiekuńczych zdefiniowanych w załączniku nr 2.

2.

W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony i Współubezpieczony są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.

3.

Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) adres zamieszkania;
- 3) numer polisy;
- 4) okres ubezpieczenia;
- 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
- 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
- 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

4.

Ubezpieczony i Współubezpieczony zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego dostarczyć wskazane dokumenty na podstawie których Allianz przeprowadzi postępowanie dotyczące:

- 1) potwierdzenia zdarzenia;
- 2) zasadności zgłoszonych roszczeń;
- 3) wysokości świadczenia;
- 4) sposobu przekazania świadczenia.

5.

W przypadku gdy Ubezpieczony i Współubezpieczony nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych, Allianz ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

6.

W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek siły wyższej Ubezpieczony lub Współubezpieczony nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym

i w związku z tym sami pokryli koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w rozdziale I pkt 2, 3, 4, 5 i 6 załącznika nr 2, Allianz może zwrócić Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu dziesięciu dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Allianz zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych jedynie do wysokości limitów wskazanych odpowiednio w rozdziale I pkt 2, 3, 4, 5 i 6 załącznika nr 2.

7.

Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 6 powyżej, rozumie się:

- 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt. 2 i 4 załącznika nr 2 – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
- 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt. 3 załącznika nr 2 – datę wypisu ze szpitala;
- 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt. 5 i 6 załącznika nr 2 – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

8.

Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń opiekuńczych przekroczy limit kosztów określony w załączniku nr 2, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony, małżonek Ubezpiezonego, dziecko Ubezpiezonego lub jego przedstawiciel ustawowy, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość usługi a zagwarantowanym przez Allianz limitem.

§ 4

Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje:

- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z zastrzeżeniem świadczeń wymienionych w rozdziale I pkt. 13 załącznika nr 2;
- 2) kosztów poniesionych przez Ubezpiezonego lub Współubezpiezonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 3. ust. 6 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 3) kosztów zakupu leków (Allianz nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Allianz nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
- 5) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,

- b) leczenia sanatoryjnego, zabiegów ze wskazań estetycznych (niezależnie od powodów ich wykonania), helioterapii,
- c) leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
- d) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych,
- e) wypadku lub choroby powstałych przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,
- f) leczenia, które jest bezpośrednio lub pośrednio wynikiem wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstań, strajków,
- g) leczenia, które jest bezpośrednio lub pośrednio wynikiem skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy,
- h) działania Ubezpiezonego lub Współubezpiezonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
- i) chorób psychicznych,
- j) wad wrodzonych,
- k) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpiezonego lub Współubezpiezonego czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa,
- l) zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez Ubezpiezonego lub Współubezpiezonego zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych,
- ł) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
- m) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- n) poddania się przez Ubezpiezonego lub Współubezpiezonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- o) próby samobójstwa, samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- p) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
- r) chorób przewlekłych.

2.

W odniesieniu do świadczeń, o których mowa w rozdziale I pkt. 1, 2 załącznika nr 2, nie mają zastosowania zapisy ust. 1 pkt 5) ppkt r).

Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej

§ 1 Definicje pojęć

Użytych w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w o.w.u. zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) **świadczenia rehabilitacyjne** – świadczenia zdrowotne określone w załączniku nr 3, zorganizowane dla Ubezpieczonego po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, przy zachowaniu postanowień § 3 ust. 1 i 2 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Allianz na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku wypadku skutkujących koniecznością wykonania u Ubezpieczonego w okresie ochrony świadczonej przez Allianz, wynikającej z niniejszej dodatkowej umowy, świadczeń rehabilitacyjnych, pod warunkiem że objawy chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną wykonania świadczeń rehabilitacyjnych lub wypadek, który był przyczyną wykonania świadczeń rehabilitacyjnych wystąpią w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz.

§ 2 Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Allianz w zakresie dodatkowej umowy ubezpieczenia, w stosunku do Ubezpieczonego, polega na zorganizowaniu i pokryciu kosztów świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych na rzecz Ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz za pośrednictwem infolinii medycznej.

4.
Odpowiedzialność Allianz w stosunku do dziecka objętego ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego, rozpoczyna się w dniu następnym po dniu ukończenia przez dziecko 6. roku życia, przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.

§ 3 Organizacja świadczeń rehabilitacyjnych

1.
Warunkiem zorganizowania i pokrycia kosztów leczenia świadczeń rehabilitacyjnych jest przestrzeganie przez Ubezpieczonego zasad określonych w § 17 ust. 3-5 o.w.u.

2.
Wszystkie wymienione w załączniku nr 3 świadczenia rehabilitacyjne będą zorganizowane dla Ubezpieczonego, jeśli:

- 1) wykonywane są na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza wskazanego przez placówkę medyczną do udzielania świadczeń zdrowotnych i dostępnego w ramach specjalizacji lekarskiej przysługującej Ubezpieczonemu w ramach posiadanego wariantu ubezpieczenia;

- 2) zrealizowane są podczas leczenia ambulatoryjnego;
- 3) istnieje możliwość ich wykonania w danej placówce medycznej.

3.
Wszystkie wymienione w załączniku nr 3 świadczenia rehabilitacyjne będą dostępne dla Ubezpieczonego we wskazanych przez Allianz placówkach medycznych, do maksymalnie 30 zabiegów w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności, licząc od początku odpowiedzialności Allianz, w ramach niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, w stosunku do danego Ubezpieczonego.

4.
Limity świadczeń rehabilitacyjnych określone w ust. 3 odnoszą się oddzielnie do każdego Ubezpieczonego.

§ 4 Ograniczenia odpowiedzialności

1.
Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 ust. 1 o.w.u., oraz w sytuacji, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing;
- 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 3) kłęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej.

2.
Allianz nie organizuje i pokrywa koszty zabiegów rehabilitacyjnych powstałych z tytułu lub w następstwie:

- 1) ze wskazań estetycznych i kosmetycznych (niezależnie od powodów ich wykonywania);
- 2) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 3) wypadku lub choroby powstałych przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej w ramach niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

3.
Allianz nie pokrywa i nie zwraca kosztów świadczeń rehabilitacyjnych wykonywanych w placówkach medycznych nie wskazanych przez Allianz.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii

§ 1 Podstawowe definicje

Użytym w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w o.w.u. zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) **chirurgia stomatologiczna** – drobne zabiegi operacyjne wykonywane podczas leczenia ambulatoryjnego w obrębie wyrostka zębodołowego i tkanek miękkich jamy ustnej;
- 2) **ekstrakcja** – usunięcie z zębodołu zęba lub jego korzenia;
- 3) **leczenie endodontyczne (kanałowe)** – usunięcie miazgi (nerwu) oraz opracowanie i zamknięcie powstałej przestrzeni w celu zapobieżenia proliferacji drobnoustrojów w obrębie układu kanałowego;
- 4) **profilaktyczny przegląd stomatologiczny** – profilaktyczna wizyta u lekarza dentystry o charakterze informacyjnym polegająca na ocenie występowania stanu chorobowego i określeniu planu leczenia;
- 5) **stomatologia zachowawcza** – zapobieganie oraz leczenie skutków próchnicy i miazgi zębów wraz z leczeniem ubytków w zębach i leczeniem endodontycznym;
- 6) **trepanacja** – otworzenie jamy zęba celem odsłonięcia chorobowo zmienionej miazgi (nerwu).

§ 2 Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Allianz w zakresie dodatkowej umowy ubezpieczenia, w stosunku do Ubezpieczonego, polega na zorganizowaniu i pokryciu kosztów leczenia z zakresu stomatologii (usługi i kosztów materiałów) określonych w załączniku nr 4, udostępnionych Ubezpieczonemu w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz, z zachowaniem postanowień § 4 ust. 3 i wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz, na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 3 Organizacja świadczeń

1.
Warunkiem zorganizowania i pokrycia kosztów leczenia usług wymienionych w załączniku nr 4 jest przestrzeganie przez Ubezpieczonego zasad określonych w § 17 ust. 3-5 o.w.u.

2.
Wszystkie wymienione w załączniku nr 4 świadczenia będą zorganizowane dla Ubezpieczonego, jeśli:

- 1) wykonywane są w placówce medycznej wskazanej przez Allianz;
- 2) zrealizowane są podczas leczenia ambulatoryjnego;
- 3) istnieje możliwość ich wykonania w danej placówce medycznej.

§ 4 Ograniczenia odpowiedzialności

1.
Allianz nie organizuje i nie pokrywa kosztów innych usług niż wskazanych w załączniku nr 4, a w szczególności:

- 1) leczenia ortodontycznego, protetycznego i leczenia ze względów estetycznych;
- 2) odbudowy na implancie i rekonstrukcji zębów z użyciem wkładów koronowo-korzeniowych;
- 3) wszczepienia implantów;
- 4) wybielania zębów;
- 5) usuwania kamienia nazębnego;
- 6) fluoryzacji, lakowania, piaskowania;
- 7) leczenia endodontycznego/kanałowego pod mikroskopem.

2.
Allianz nie pokrywa i nie zwraca kosztów leczenia z zakresu stomatologii wykonywanych w placówkach medycznych nie wskazanych przez Allianz.

3.
Odpowiedzialność Allianz z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po trzymiesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia objęcia ochroną z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia do ostatniego dnia trzeciego miesiąca, następującego po dniu objęcia ochroną.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej

§ 1

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot Ubezpieczonemu kosztów leczenia z zakresu stomatologii poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w związku z wykonaniem świadczeń wymienionych w załączniku nr 5 do maksymalnej wysokości 30% kosztów leczenia z zastrzeżeniem, że łączny zwrot kosztów w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 1000 zł.

§ 2

Zasady zwrotu kosztów

1.

Allianz zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego, w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz, koszty leczenia.

2.

Aby uzyskać zwrot kosztów leczenia w związku z leczeniem w zakresie stomatologii Ubezpieczony jest zobowiązany, niezwłocznie po zakończeniu leczenia, zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia na formularzu Allianz oraz dostarczyć Allianz:

- 1) dowody poniesionych kosztów wystawione przez placówki medyczne lub zakłady opieki zdrowotnej, wskazujące wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł w związku z leczeniem; dowody poniesionych kosztów muszą uwzględniać specyfikację poszczególnych kosztów składowych opisanych w ust. 3 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;

- 2) kopię dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia;
- 3) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

3.

Dowody poniesionych kosztów, o których mowa w ust. 2 muszą zawierać szczegółową specyfikację uwzględniającą:

- 1) imię, nazwisko oraz aktualny adres Ubezpieczonego, któremu został wykonany usługi z zakresu stomatologii;
- 2) wykaz wykonanych świadczeń z zakresu stomatologii, o których mowa w załączniku nr 5;
- 3) datę wykonanych świadczeń na rzecz Ubezpieczonego;
- 4) cenę poszczególnych świadczeń z zakresu stomatologii.

§ 3

Ograniczenia odpowiedzialności

Allianz nie zwraca kosztów innych świadczeń z zakresu stomatologii niż wskazanych w załączniku nr 5, a w szczególności:

- 1) leczenia ortodontycznego, protetycznego i leczenia ze względów estetycznych;
- 2) odbudowy na implantach i rekonstrukcji zębów z użyciem wkładów koronowo-korzeniowych;
- 3) wszczepienia implantów;
- 4) wybielania zębów;
- 5) usuwania kamienia nazębnego;
- 6) fluoryzacji, lakowania, piaskowania.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia

§ 1 Podstawowe definicje

Użyty w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w o.w.u. zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) **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, objęty ochroną ubezpieczeniową został przeprowadzony w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) **hospitalizacja** – pobyt w wybranym przez Ubezpieczonego zakładzie opieki zdrowotnej, związany z przeprowadzeniem zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia;
- 3) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Allianz na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku wypadku skutkujących koniecznością wykonania u Ubezpieczonego w okresie ochrony świadczonej przez Allianz i jednocześnie poza okresem karencji, o którym mowa w § 4 ust. 2 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jednego z opisanych w załączniku nr 6 zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia, pod warunkiem że objawy chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia lub wypadek, który był przyczyną dokonania zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia, wystąpią po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz.

§ 2 Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot Ubezpieczonemu kosztów leczenia poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w związku z wykonaniem zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia wymienionego w załączniku nr 6 i objętego ochroną ubezpieczeniową do maksymalnej wysokości 5000 zł w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że jednorazowy zwrot kosztów leczenia z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 3000 zł. W razie przekroczenia limitu 3000 zł z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Allianz zwraca poniesione koszty tylko do kwoty 3000 zł.

3.
Przez koszty wykonanych zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia należy rozumieć koszty poniesione w trakcie pobytu w placówce medycznej lub zakładzie opieki zdrowotnej, do których należą:

- 1) koszty zabiegów diagnostycznych, operacyjnych lub endoskopowych;
- 2) koszty znieczulenia;
- 3) koszty hospitalizacji;
- 4) koszty opieki pielęgniarskiej;
- 5) koszty jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu.

§ 3 Zasady zwrotu kosztów

1.
W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w niniejszej umowie dodatkowej Allianz zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty leczenia, przy zachowaniu postanowień § 2 ust. 2 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

2.

Aby uzyskać zwrot kosztów leczenia w związku z wykonaniem zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia, Ubezpieczony jest zobowiązany, niezwłocznie po zakończeniu leczenia, zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia na formularzu Allianz oraz dostarczyć wszelkie wskazane przez Allianz dokumenty, jakie uznaje on za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, do których należą:

- 1) dowody poniesionych kosztów wystawione przez zakład opieki zdrowotnej, wskazujące wysokość kosztów, które Ubezpieczony poniósł w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego; dowody poniesionych kosztów powinny uwzględniać specyfikację poszczególnych kosztów składowych opisanych w § 2 ust. 3 niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia;
- 3) kompletna dokumentacja medyczna związana ze schorzeniem, będącą przyczyną wykonania zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia;
- 4) kopia skierowania lekarskiego na wykonanie zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia;
- 5) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

§ 4 Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 ust. 1 o.w.u., oraz w sytuacji, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing;
- 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 3) chorób przewlekłych oraz wszelkich chorób istniejących przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej;
- 4) chorób psychicznych;
- 5) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
- 6) kłęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
- 7) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 8) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej;
- 9) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
- 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

2.

Przez okres pierwszych 3 miesięcy, licząc od dnia objęcia ochroną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do ostatniego dnia trzeciego miesiąca, następującego po dniu objęcia ochroną, odpowiedzialność Allianz wynikająca z dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego ograniczona jest do zdarzeń spowodowanych wypadkiem.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia zwrotu kosztów zakupu leków po leczeniu w szpitalu

§ 1 Podstawowe definicje

Użyty w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w o.w.u. zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym 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 niniejszych warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska;
- 2) **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 2008r. 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;
- 3) **recepta** – pisemny dokument wystawiony przez uprawnionego lekarza, dotyczący leków, które mają zostać użyte podczas procesu leczenia po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Allianz, spełniający wymogi powszechnie obowiązujących przepisów w sprawie recept lekarskich;
- 4) **zamiennik leku** – lek dopuszczony do obrotu będący zamiennikiem leku oryginalnego, zawierający tę samą substancję czynną, tą samą postać, takie same działanie farmakologiczne jak lek oryginalny;
- 5) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Allianz na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w niniejszych warunkach w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała, będących następstwem wypadku lub wypadku przy pracy i skutkujące koniecznością przyjmowania leków wpisanych w zaleceniach lekarskich wskazanych na karcie wypisowej leczenia szpitalnego z zastrzeżeniem, iż czas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w całości wystąpi w okresie ochrony świadczonej przez Allianz.

§ 2 Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot Ubezpieczonemu kosztów zakupu leków wpisanych w zaleceniach lekarskich wskazanych na karcie wypisowej leczenia szpitalnego lub ich zamienników, poniesionych w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 pkt. 5), pod warunkiem, że leki wpisane w zaleceniach lekarskich na karcie wypisowej leczenia szpitalnego zostały przepisane na receptę przez uprawnionego lekarza.

§ 3 Zasady zwrotu kosztów

1.
Allianz dokona zwrotu kosztów zakupu leków wpisanych w zaleceniach lekarskich wskazanych na karcie wypisowej leczenia szpitalnego lub ich zamienników, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w odniesieniu do Ubezpieczonego, trwał nieprzerwanie co najmniej:

- 1) 4 pełne dni – jeżeli był spowodowany chorobą lub wypadkiem innym niż wypadek przy pracy;
- 2) 1 pełny dzień – jeżeli był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy;
- 3) 7 pełnych dni – jeżeli związany był z ciężką lub był spowodowany odbytym porodem.

2.
Allianz 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.

3.
Aby uzyskać zwrot kosztów zakupu leków Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia na formularzu Allianz oraz dostarczyć wszelkie wskazane przez Allianz dokumenty, jakie uznaje on za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, do których należą:

- 1) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
- 2) dowody poniesionych kosztów zawierające:
 - a) imię, nazwisko oraz aktualny adres Ubezpieczonego,
 - b) wykaz leków,
 - c) cenę leku;
- 3) kserokopie recepty;
- 4) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia;
- 5) protokół BHP – jeżeli pobyt w szpitalu związany był z wypadkiem w pracy;
- 6) opis okoliczności wypadku – jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało charakter wypadkowy;
- 7) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

§ 4 Ograniczenia odpowiedzialności

1.
Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 3 ust. 1 o.w.u. lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany był bezpośrednio lub pośrednio z:

- 1) leczeniem chorób psychicznych;
- 2) leczeniem chorób będących następstwem spożywania alkoholu;
- 3) uprawianiem następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing;
- 4) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- 5) działaniem energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 6) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 7) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 8) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której leczenie to było prowadzone;
- 10) konfliktami zbrojnymi, zamieszkami, rozruchami, aktami terroru.

Lista załączników:

Załącznik nr 1

Do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Opieka Zdrowotna (indeks AOZ02)

I.p.	Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
		Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus	
I. 24 GODZINNA INFORMACJA O USŁUGACH I ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH DOSTĘPNYCH W RAMACH UMOWY UBEZPIECZENIA							
2.	Przez całą dobę Ubezpieczony za pośrednictwem infolinii medycznej ma dostęp do telefonicznej informacji na temat usług i świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach umowy ubezpieczenia, oraz o warunkach i sposobie uzyskania świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju, adresach i telefonach współpracujących placówek medycznych	•	•	•	•	•	-
II. CAŁODOBOWA OGÓLNOPOLSKA REZERWACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH DOSTĘPNYCH W RAMACH UMOWY UBEZPIECZENIA							
3.	W celu rezerwacji świadczeń zdrowotnych, wymienionych w niniejszym załączniku Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z infolinią medyczną pod numerem 19512 lub 22 567 67 05	•	•	•	•	•	-
III. SERWIS SMS							
4.	SMS potwierdzenie terminu świadczeń zdrowotnych	•	•	•	•	•	-
IV. NIELIMITOWANY DOSTĘP DO KONSULTACJI LEKARSKICH DOSTĘPNYCH W RAMACH WYBRANEGO WARIANTU UBEZPIECZENIA							
5.	Konsultacja lekarska przeprowadzona w ramach opieki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i opieki lekarzy specjalistów obejmuje: przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną (podmiotowego polegającego na zebraniu wywiadu chorobowego, przedmiotowego polegającego na fizykalnym badaniu pacjenta), postawienie diagnozy, zlecenie wykonania badań laboratoryjno-diagnostycznych niezbędnych do postawienia diagnozy lub procesu leczenia, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną oraz profilem danej specjalności medycznej, analizę wyników badań laboratoryjno-diagnostycznych, zlecenie niezbędnych konsultacji specjalistycznych, wystawienie zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy, wystawienie recept na leki, materiały opatrunkowe i inne, edukację zdrowotną i zalecenia lekarskie, koordynację procesu leczniczego. Konsultacje lekarskie dają możliwość zasięgania porad bez ograniczeń ich ilości u lekarzy dostępnych we wskazanych przez Allianz placówkach medycznych, z zastrzeżeniem konsultacji psychologa i psychiatry wymienionych w pkt. 2 ppkt 36), 37). Konsultacje lekarskie będą udzielane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy 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. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje konsultacji profesorskich. Konsultacja profesorska rozumiana jest jako konsultacja lekarzy posiadających tytuł naukowy: doktor habilitowany, profesor, docent)	•	•	•	•	•	-
1. Opieka lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*							
6.	1) internista/lekarz chorób wewnętrznych	•	•	•	•	•	65 zł
7.	2) lekarz rodzinny/lekarz medycyny rodzinnej	•	•	•	•	•	65 zł
8.	3) pediatra (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego)		•	•	•	•	65 zł
2. Opieka lekarzy specjalistów							
9.	1) chirurg ogólny	•	•	•	•	•	75 zł
10.	2) pulmonolog	•	•	•	•	•	75 zł
11.	3) reumatolog	•	•	•	•	•	75 zł
12.	4) urolog	•	•	•	•	•	75 zł
13.	5) chirurg dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego)		•	•	•	•	75 zł
14.	6) urolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego)		•	•	•	•	75 zł
15.	7) dermatolog		•	•	•	•	75 zł
16.	8) dermatolog wenerolog		•	•	•	•	75 zł
17.	9) ginekolog /ginekolog-położnik		•	•	•	•	75 zł
18.	10) laryngolog/otolaryngolog		•	•	•	•	75 zł
19.	11) laryngolog/otolaryngolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego)		•	•	•	•	75 zł
20.	12) neurolog		•	•	•	•	75 zł
21.	13) neurolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego)		•	•	•	•	75 zł
22.	14) neurochirurg		•	•	•	•	75 zł
23.	15) okulista		•	•	•	•	75 zł
24.	16) alergolog		•	•	•	•	75 zł
25.	17) gastrolog		•	•	•	•	75 zł
26.	18) kardiolog		•	•	•	•	75 zł
27.	19) kardiolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego)		•	•	•	•	75 zł
28.	20) chirurg naczyniowy		•	•	•	•	75 zł
29.	21) diabetolog		•	•	•	•	75 zł
30.	22) hematolog		•	•	•	•	75 zł
31.	23) hematolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego)		•	•	•	•	75 zł
32.	24) chirurg onkolog		•	•	•	•	75 zł
33.	25) endokrynolog		•	•	•	•	75 zł
34.	26) ginekolog endokrynolog		•	•	•	•	75 zł
35.	27) onkologa		•	•	•	•	75 zł

l.p.		Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny	
			Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus		
36.	28)	onkolog dziecięcy (dostępny dla dzieci ubezpieczonych w ramach Pakietu Rodzinnego)				•	•	75 zł	
37.	29)	ortopeda				•	•	75 zł	
38.	30)	ortopeda traumatolog				•	•	75 zł	
39.	31)	dietetyk					•	75 zł	
40.	32)	lekarza chorób zakaźnych					•	75 zł	
41.	33)	nefrolog					•	75 zł	
42.	34)	proktolog					•	75 zł	
43.	35)	seksuolog					•	75 zł	
44.	36)	psychiatra (4 wizyty w rocznych okresach odpowiedzialności Allianz, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)					•	75 zł	
45.	37)	psycholog (4 wizyty w rocznych okresach odpowiedzialności Allianz, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego)					•	75 zł	
V. KONSULTACJE PROFESORSKIE PRZEBIEGU LECZENIA (LEKARZY POSIADAJĄCYCH TYTUŁ NAUKOWY: DOKTOR HABILITOWANY, PROFESOR, DOCENT)									
46.		Będą udzielane we wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej placówkach medycznych, na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia specjalistę z placówki współpracującej z Allianz. Dalszy proces leczenia odbywa się przez lekarza prowadzącego					•	•	120 zł
VI. KONSULTACJE PROFESORSKIE (LEKARZY POSIADAJĄCYCH TYTUŁ NAUKOWY: DOKTOR HABILITOWANY, PROFESOR, DOCENT)									
47.		Będą udzielane we wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej placówkach medycznych, bez konieczności posiadania skierowania lekarskiego. Ilość konsultacji profesorskich jest nielimitowana						•	120 zł
VII. PORADA RECEPTUROWA (bez konsultacji lekarskiej)									
48.		Świadczenie polegające na wypisaniu recept przez lekarzy dostępnych w ramach posiadanego przez Ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia, na leki stosowane w leczeniu choroby przewlekłej lub wynikające z kontynuacji leczenia danego Ubezpieczonego. Porada recepturowa bez przeprowadzonego konsultacji lekarskiej przysługuje za zgodą placówki medycznej realizującej usługę w sytuacji niezmiennego samopoczucia Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem konieczności przeprowadzenia konsultacji lekarskiej na wniosek lekarza lub placówki medycznej. Podstawą wystawienia recept na leki refundowane jest okazanie dokumentów potwierdzających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	•	•	•	•	•	•	30 zł
VIII. WIZYTY DOMOWE									
49.		Porada w ramach wizyty domowej udzielana będzie przez lekarza internistę lub lekarza rodzinnego w wybranych miejscowościach na terenie kraju, po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności wykonania takiej usługi konsultantowi infolinii medycznej Allianz, 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 nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. Wizyta domowa może być przeprowadzona w uzasadnionych przypadkach z uwzględnieniem stanu zdrowia Ubezpieczonego, uniemożliwiającego mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta lekarska obejmuje badanie lekarskie (przedmiotowe i podmiotowe), postawienie diagnozy, wystawienie recept i innych zaświadczeń lekarskich, zlecenie wykonania badań laboratoryjno-diagnostycznych, zlecenie konsultacji specjalistycznych. Kontynuacja leczenia i wizyty kontrolne odbywają się podczas leczenia ambulatoryjnego we współpracujących placówkach medycznych lub wybranych przez Ubezpieczonego zakładach opieki zdrowotnej.					•	•	100 zł
IX. PROWADZENIE CIĄŻY									
50.		Obejmuje opiekę lekarza ginekologa (ginekologa-położnika), oraz wykonanie wszystkich koniecznych zleceń przez lekarza prowadzącego badań i konsultacji lekarskich dostępnych dla danego Ubezpieczonego w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia		•	•	•	•	•	-
X. SZKOŁA RODZENIA									
51.		Allianz 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. Dowody poniesionych kosztów powinna być skierowana do Wydziału Ubezpieczeń Zdrowotnych, pod adres wskazany na imiennym identyfikatorze. Ubezpieczony – po dostarczeniu Allianz oryginałów dowodów poniesionych kosztów – otrzyma zwrot poniesionych kosztów uczestnictwa w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia roszczenia.						•	500 zł
XI. KONSULTACYJNE ZABIEGI AMBULATORYJNE									
		Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne to usługi w formie zabiegów wykonywanych 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 nie obejmuje kosztu znieczulenia. Zakres zabiegów ambulatoryjnych jest uwarunkowany dostępnością w danej placówce medycznej i obejmuje:							
	1.	z zakresu alergologii:							
52.	1)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: kontaktowych/platkowych (PATCH) wraz z odczytem (zestaw)				•	•	•	80 zł
53.	2)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: kontaktowych/platkowych (PATCH) – 1 alergen				•	•	•	5 zł
54.	3)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK)/metodą nakłuć – panel alergenów mieszany				•	•	•	80 zł
55.	4)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK)/metodą nakłuć – panel alergenów pokarmowych				•	•	•	80 zł
56.	5)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK)/metodą nakłuć – panel alergenów wziewnych				•	•	•	80 zł

l.p.		Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
			Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus	
57.	6)	wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK) – 1 alergen			•	•	•	5 zł
58.	7)	odczulanie lekiem Ubezpieczonego polegające na wykonaniu serii zastrzyków w określonym przez lekarza alergologa czasie (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)			•	•	•	30 zł
		2. z zakresu chirurgii:						
59.	1)	iniekcja dostawowa (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)	•	•	•	•	•	30 zł
60.	2)	leczenie owrzodzeń skórnych	•	•	•	•	•	Patrz § 18 ust. 12
61.	3)	leczenie zanokcicy z wycięciem klinowym paznokcia lub usunięciem płytki paznokciowej	•	•	•	•	•	45 zł
62.	4)	leczenie zastrzału powierzchownego	•	•	•	•	•	25 zł
63.	5)	nacinanie i drenaż ropnia	•	•	•	•	•	50 zł
64.	6)	nacinanie i drenaż krwiaka	•	•	•	•	•	50 zł
65.	7)	nacinanie i drenaż czyraka	•	•	•	•	•	50 zł
66.	8)	założenie prostego opatrunku chirurgicznego	•	•	•	•	•	20 zł
67.	9)	opatrzenie drobnych urazów: rany, skręcenia, zwichnięcia	•	•	•	•	•	25 zł
68.	10)	opatrzenia drobnych oparzeń i odmrożeń	•	•	•	•	•	25 zł
69.	11)	punkcja stawów	•	•	•	•	•	30 zł
70.	12)	usunięcie ciała obcego, kleszcza	•	•	•	•	•	30 zł
71.	13)	proste zamknięcie powierzchownych ran	•	•	•	•	•	60 zł
72.	14)	zdejmowanie szwów	•	•	•	•	•	25 zł
73.	15)	zmiana prostego opatrunku i toaleta rany	•	•	•	•	•	25 zł
		Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztu stabilizatorów i kosztów lekkiego opatrunku gipsowego (gipsu syntetycznego)						
		3. z zakresu ginekologii:						
74.	1)	pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego		•	•	•	•	35 zł
75.	2)	pobranie i wykonanie wymazu cytohormonalnego		•	•	•	•	35 zł
76.	3)	badanie czystości pochwy – biocenoza				•	•	35 zł
77.	4)	badanie KTG,					•	25 zł
78.	5)	elektrokoagulacja szyjki macicy					•	150 zł
79.	6)	krioterapia nadżerek					•	150 zł
80.	7)	kolposkopia					•	100 zł
		4. z zakresu okulistyki:						
81.	1)	ptukanie dróg łzowych		•	•	•	•	50 zł
82.	2)	badanie pola widzenia (perymetria)		•	•	•	•	35 zł
83.	3)	gonioskopia (ocena kąta przesączania)		•	•	•	•	14 zł
84.	4)	opatrunek oczny z lekiem		•	•	•	•	Patrz § 18 ust. 12
85.	5)	pomiar ciśnienia śródgałkowego,		•	•	•	•	
86.	6)	badanie ostrości widzenia		•	•	•	•	
87.	7)	dobór szkieł okularowych (bez doboru soczewek)		•	•	•	•	
88.	8)	badanie lampą szczelinową		•	•	•	•	
89.	9)	badanie dna oka		•	•	•	•	
90.	10)	egzoftalmometria (badanie wytrzeszczu)		•	•	•	•	
91.	11)	usunięcie ciała obcego z oka/powieki,		•	•	•	•	
92.	12)	refraktometria (komputerowe badanie wzroku)		•	•	•	•	
93.	13)	skioskopia/retinoskopia (badanie refrakcji oka)		•	•	•	•	
		5. z zakresu ortopedii:						
94.	1)	iniekcja dostawowa (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)				•	•	30 zł
95.	2)	opatrzenie drobnych urazów: skręcenia, zwichnięcia				•	•	25 zł
96.	3)	unieruchomienie kończyn i stawów				•	•	30 zł
97.	4)	opatrzenie drobnych nieskomplikowanych złamań (założenie i zdjęcie opatrunku gipsowego)				•	•	30 zł
98.	5)	punkcje stawów				•	•	30 zł
99.	6)	zmiana prostego opatrunku i toaleta rany				•	•	25 zł
		Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztu stabilizatorów i kosztów lekkiego opatrunku gipsowego (gipsu syntetycznego)						
		6. z zakresu urologii:						
100.	1)	cewnikowanie pęcherza moczowego	•	•	•	•	•	25 zł
101.	2)	ptukanie pęcherza moczowego	•	•	•	•	•	25 zł
102.	3)	wymiana cewnika	•	•	•	•	•	25 zł
		Ubezpieczony pokrywa koszty cewnika						
		7. z zakresu laryngologii:						
103.	1)	ptukanie uszu		•	•	•	•	20 zł
104.	2)	usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła		•	•	•	•	20 zł
105.	3)	opatrunek uszny z lekiem		•	•	•	•	20 zł
106.	4)	postępowanie zachowawcze w przypadku krwawienia z nosa (założenie gąbki spongostanowej, założenie i usunięcie tamponady przedniej nosa, koagulacja naczyń spłotu Kisselbacha)		•	•	•	•	20 zł

l.p.		Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
			Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus	
107.	5)	pędzłowanie gardła,		•	•	•	•	20 zł
108.	6)	pędzłowanie jamy ustnej		•	•	•	•	20 zł
109.	7)	przedmuchiwanie trąbek słuchowych		•	•	•	•	20 zł
110.	8)	odessanie wydzieliny z uszu lub przewodów nosa		•	•	•	•	20 zł
111.	9)	punkcje zatok					•	40 zł
112.	10)	płukanie zatok metodą Proteza					•	20 zł
113.	11)	koagulacja lub/i ablacja przy krwawieniu z nosa					•	20 zł
114.	12)	anemizacja ujścia zatok					•	20 zł
115.	13)	paracenteza					•	20 zł
XII. DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA								
		Diagnostyka laboratoryjna wykonywana jest w ramach leczenia ambulatoryjnego (w zakresie wskazanym w poszczególnych wariantach) na podstawie skierowania lekarskiego i obejmuje:						
	1.	Badania biochemiczne z krwi:						
116.	1)	amylaza/diastaza (AMY)	•	•	•	•	•	8 zł
117.	2)	azot mocznikowy (BUN)	•	•	•	•	•	6 zł
118.	3)	aminotransferaza alaninowa (AlAT/ALT/GPT)	•	•	•	•	•	7 zł
119.	4)	aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT)	•	•	•	•	•	7 zł
120.	5)	białko całkowite (BCA)	•	•	•	•	•	7 zł
121.	6)	bilirubina całkowita (BILC/BIL total)	•	•	•	•	•	7 zł
122.	7)	bilirubina bezpośrednia /sprzężona/związana (BILB/BIL direct)	•	•	•	•	•	7 zł
123.	8)	bilirubina pośrednia/wolna	•	•	•	•	•	7 zł
124.	9)	chlorki	•	•	•	•	•	7 zł
125.	10)	gamma glutamylotranferaza/glutamylotraspeptydaza (GGTP/GGT)	•	•	•	•	•	9 zł
126.	11)	glukoza na czczo	•	•	•	•	•	6 zł
127.	12)	glukoza badanie glukometrem	•	•	•	•	•	5 zł
128.	13)	kreatynina	•	•	•	•	•	7 zł
129.	14)	klirens kreatyniny (GFR)	•	•	•	•	•	11 zł
130.	15)	mocznik	•	•	•	•	•	7 zł
131.	16)	odczyn Wassermanna (WR)	•	•	•	•	•	11 zł
132.	17)	USR,	•	•	•	•	•	11 zł
133.	18)	VDRL,	•	•	•	•	•	11 zł
134.	19)	próby wątrobowe (AlAT/ALT/GPT, AspAT/AST/GOT),	•	•	•	•	•	14 zł
135.	20)	sód (Na)	•	•	•	•	•	7 zł
136.	21)	potas (K),	•	•	•	•	•	7 zł
137.	22)	jonogram: sód (Na) i potas (K)	•	•	•	•	•	14 zł
138.	23)	jonogram: sód (Na), potas (K), chlorki	•	•	•	•	•	20 zł
139.	24)	albumina (ALB)		•	•	•	•	7 zł
140.	25)	białko całkowite – rozdział elektroforetyczny (proteinogram)		•	•	•	•	19 zł
141.	26)	białko C-reaktywne (CRP/hs-CRP) – ilościowo		•	•	•	•	14 zł
142.	27)	białko C-reaktywne (CRP/hs-CRP) – jakościowo		•	•	•	•	14 zł
143.	28)	czynnik reumatoidalny (RF) lateksowy/jakościowy		•	•	•	•	11 zł
144.	29)	czynnik reumatoidalny ilościowy		•	•	•	•	11 zł
145.	30)	dehydrogenaza mleczanowa (LDH/LD)		•	•	•	•	10 zł
146.	31)	fosfataza alkaliczna/zasadowa (ALP/ALK)		•	•	•	•	7 zł
147.	32)	fosfataza kwaśna całkowita (ACP)		•	•	•	•	10 zł
148.	33)	fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)		•	•	•	•	13 zł
149.	34)	fosfor (P)/fosforan nieorganiczny		•	•	•	•	6 zł
150.	35)	kinaza fosfokreatynowa/kreatynowa (CK/CPK)		•	•	•	•	12 zł
151.	36)	kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CKMB) – mass		•	•	•	•	22 zł
152.	37)	kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CKMB) – aktywność		•	•	•	•	22 zł
153.	38)	kwask moczowy		•	•	•	•	7 zł
154.	39)	magnez (Mg)		•	•	•	•	7 zł
155.	40)	odczyn Waaler-Rose'ego		•	•	•	•	14 zł
156.	41)	wapń całkowity (Ca)		•	•	•	•	7 zł
157.	42)	ceruloplazmina				•	•	35 zł
158.	43)	lipaza				•	•	13 zł
159.	44)	homocysteina				•	•	55 zł
160.	45)	Alfa 1 – antytrypsyna					•	40 zł
161.	46)	cholinesteraza (CHE)					•	15 zł
162.	47)	cynk (Zn)					•	40 zł
163.	48)	dopelniacz – składowa C3					•	39 zł
164.	49)	dopelniacz – składowa C4					•	39 zł

l.p.	Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
		Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus	
	2. Diagnostyka miażdżycy – badania z krwi:						
165.	1) cholesterol całkowity (CHOL)		•	•	•	•	7 zł
166.	2) cholesterol – badanie paskowe		•	•	•	•	7 zł
167.	3) cholesterol HDL		•	•	•	•	7 zł
168.	4) cholesterol LDL		•	•	•	•	7 zł
169.	5) triglicerydy (TRIG/TG)		•	•	•	•	8 zł
170.	6) lipidogram (TC, HDL, LDL, TRG/TG)		•	•	•	•	26 zł
	3. Diagnostyka chorób tarczycy – badania z krwi:						
171.	1) hormon tyreotropowy (TSH)				•	•	20 zł
172.	2) trójiodotyronina całkowita (TT3)				•	•	19 zł
173.	3) trójiodotyronina wolna (FT3)				•	•	22 zł
174.	4) tyroksyna całkowita (TT4)				•	•	19 zł
175.	5) tyroksyna wolna (FT4)				•	•	22 zł
176.	6) przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej)					•	38 zł
177.	7) przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie)					•	38 zł
	4. Diagnostyka cukrzycy – badania z krwi:						
178.	1) glukoza/cukier na czczo,	•	•	•	•	•	6 zł
179.	2) glukoza po obciążeniu/krzywa glukozowa – 50 g			•	•	•	13 zł
180.	3) glukoza po obciążeniu/krzywa glukozowa – 75 g			•	•	•	13 zł
181.	4) hemoglobina glikowana/glikozylowana (HbA1c)				•	•	25 zł
182.	5) c-peptyd					•	35 zł
183.	6) fruktozamina/ izoglukozamina					•	10 zł
184.	7) insulina					•	30 zł
185.	8) insulina po posiłku					•	30 zł
	5. Diagnostyka choroby wieńcowej – badania z krwi:						
186.	1) troponina I					•	20 zł
187.	2) troponina T					•	20 zł
	6. Diagnostyka niedokrwistości (anemii) – badania z krwi:						
188.	1) żelazo (Fe)	•	•	•	•	•	8 zł
189.	2) żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)		•	•	•	•	13 zł
190.	3) transferyna		•	•	•	•	25 zł
191.	4) kwas foliowy				•	•	31 zł
192.	5) ferrytyna					•	30 zł
193.	6) witamina B12 (cyjanokobalamina)					•	32 zł
194.	7) żelazo – krzywa wchłaniania					•	25 zł
	7. Diagnostyka osteoporozy i zaburzeń kostnych – badania z krwi:						
195.	1) parathormon (intact)			•	•	•	38 zł
196.	2) C-telopeptyd kolagenu typu I (ICTP)					•	60 zł
197.	3) kalcytonina					•	50 zł
198.	4) osteokalcyna					•	45 zł
	8. Markery nowotworowe – badania z krwi:						
199.	1) antygen CA 125 (CA 125)				•	•	38 zł
200.	2) antygen CA 15-3 (15-3)				•	•	38 zł
201.	3) antygen CA 19-9 (CA 19-9)				•	•	38 zł
202.	4) antygen karcynoembrionalny/rakowozarodkowy (CEA)				•	•	31 zł
203.	5) antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)				•	•	31 zł
204.	6) antygen swoisty dla stercza (PSA wolny)				•	•	38 zł
205.	7) alfa-fetoproteina (AFP)				•	•	31 zł
	9. Toksykologia – badania z krwi:						
206.	1) digoksyna – ilościowo					•	40 zł
207.	2) fenytoina – ilościowo					•	45 zł
208.	3) kwas walproinowy – ilościowo					•	40 zł
209.	4) karbamazepina – ilościowo					•	40 zł
210.	5) lit (Li) – ilościowo					•	15 zł
211.	6) teofilina – ilościowo					•	45 zł
212.	7) kwasy żółciowe całkowite – ilościowo					•	45 zł
	10. Badania hematologiczne – badania z krwi:						
213.	1) czas kaolinowo – kefalinowy (APTT)	•	•	•	•	•	9 zł
214.	2) morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC), płytki krwi)	•	•	•	•	•	10 zł
215.	3) morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC), płytki krwi – automatyczne zliczanie odsetek leukocytów	•	•	•	•	•	10 zł

l.p.		Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
			Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus	
216.	4)	morfologia krwi obwodowej z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów	•	•	•	•	•	10 zł
217.	5)	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB – odczyn Biernackiego)	•	•	•	•	•	5 zł
218.	6)	plytki krwi	•	•	•	•	•	5 zł
219.	7)	rozmaz krwi obwodowej	•	•	•	•	•	10 zł
220.	8)	retikulocyty	•	•	•	•	•	7 zł
221.	9)	czas krwawienia		•	•	•	•	7 zł
222.	10)	czas krzepnięcia		•	•	•	•	7 zł
223.	11)	czas krwawienia i krzepnięcia		•	•	•	•	9 zł
224.	12)	czas trombinowy (TT)		•	•	•	•	10 zł
225.	13)	czas protrombinowy (PT/wskaźnik Quicka/INR)		•	•	•	•	10 zł
226.	14)	fibrynogen (czynnik krzepnięcia I)		•	•	•	•	11 zł
227.	15)	grupa krwi		•	•	•	•	25 zł
228.	16)	koagulogram (PT, APTT, fibrynogen, czas trombinowy)		•	•	•	•	35 zł
229.	17)	bezpośredni test antyglobulinowy – odczyn Coombsa BTA				•	•	24 zł
230.	18)	pośredni test antyglobulinowy – odczyn Coombsa PTA				•	•	24 zł
231.	19)	badanie przeglądowe alloprzeciwciał (anty-RH)				•	•	24 zł
232.	20)	produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP)				•	•	40 zł
233.	21)	d-dimery – badanie ilościowe				•	•	40 zł
234.	22)	antytrombina III (AT III)				•	•	38 zł
11.		Badania immunologiczne oraz diagnostyka alergii – badania z krwi:						
235.	1)	immunoglobuliny A całkowite/nieswoiste (IgA)			•	•	•	24 zł
236.	2)	immunoglobuliny G całkowite/nieswoiste (IgG)			•	•	•	24 zł
237.	3)	immunoglobuliny M całkowite/nieswoiste (IgM)			•	•	•	24 zł
238.	4)	immunoglobuliny E całkowite/nieswoiste (IgE)			•	•	•	24 zł
239.	5)	immunoglobuliny łącznie (IgG, IgA, IgM)			•	•	•	70 zł
12.		Badania serologiczne – badania z krwi:						
240.	1)	antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)	•	•	•	•	•	12 zł
241.	2)	odczyn Wassermanna (WR)	•	•	•	•	•	11 zł
242.	3)	USR	•	•	•	•	•	11 zł
243.	4)	VDRL	•	•	•	•	•	11 zł
244.	5)	odczyn Waaler-Rosego		•	•	•	•	14 zł
245.	6)	mioglobina			•	•	•	35 zł
246.	7)	antygen HBs (HbsAg, HBs)			•	•	•	20 zł
247.	8)	antygen Hbe (HbeAg)			•	•	•	35 zł
248.	9)	przeciwciała Hbe			•	•	•	35 zł
249.	10)	przeciwciała anty-HBc całkowite			•	•	•	30 zł
250.	11)	przeciwciała anty-HBc IgG			•	•	•	30 zł
251.	12)	przeciwciała anty-HBc IgM			•	•	•	30 zł
252.	13)	przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV1			•	•	•	36 zł
253.	14)	przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV2			•	•	•	36 zł
254.	15)	przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgG				•	•	30 zł
255.	16)	przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgM				•	•	30 zł
256.	17)	przeciwciała p. HBs (anty-HBs)				•	•	30 zł
257.	18)	przeciwciała p. HCV (anty-HCV)				•	•	36 zł
258.	19)	przeciwciała p. Helicobacter pylori – test ilościowy				•	•	30 zł
259.	20)	przeciwciała p. Helicobacter pylori – test jakościowy				•	•	30 zł
260.	21)	przeciwciała p. Toksoplazmoza gondii klasy IgG				•	•	30 zł
261.	22)	przeciwciała p. Toksoplazmoza gondii klasy IgM				•	•	30 zł
262.	23)	przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgG				•	•	30 zł
263.	24)	przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgM				•	•	30 zł
264.	25)	toxoplazmoza IgG awidność					•	35 zł
265.	26)	przeciwciała p. krztuścowe (Bordetella pertusis) IgG					•	50 zł
266.	27)	przeciwciała p. krztuścowe (Bordetella pertusis) IgM					•	50 zł
267.	28)	przeciwciała p. Mycoplasma pneumoniae IgG					•	50 zł
268.	29)	przeciwciała p. Mycoplasma pneumoniae IgM					•	50 zł
269.	30)	przeciwciała p. cytoplazmie ANCA (cANCA, pANCA, aANCA)					•	75 zł
270.	31)	przeciwciała p. jądrowe (ANA) – ilościowo					•	50 zł
271.	32)	przeciwciała p. jądrowe (ANA) – jakościowo					•	50 zł
272.	33)	przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej)					•	38 zł
273.	34)	przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie)					•	38 zł
274.	35)	przeciwciała anty receptorom TSH					•	60 zł

l.p.		Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
			Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus	
275.	36)	antykoagulant toczeniowy					•	50 zł
	13.	Badania hormonalne z krwi:						
276.	1)	estradiol			•	•	•	24 zł
277.	2)	estriol			•	•	•	34 zł
278.	3)	progesteron			•	•	•	24 zł
279.	4)	prolaktyna/laktotropina /PRL (nie obejmuje prolaktyny po obciążeniu)			•	•	•	24 zł
280.	5)	testosteron			•	•	•	24 zł
281.	6)	gonadotropina kosmówkowa (total beta – HCG)			•	•	•	30 zł
282.	7)	gonadotropina kosmówkowa (wolne beta – HCG)			•	•	•	30 zł
283.	8)	hormon folikulotropowy (FSH)				•	•	24 zł
284.	9)	hormon luteinizujący/lutropina (LH)				•	•	24 zł
285.	10)	hormon tyreotropowy/tyreotropina (TSH)				•	•	20 zł
286.	11)	kortyzol/glikokortykosteroid				•	•	30 zł
287.	12)	trójiodotyronina wolna (fT3)				•	•	22 zł
288.	13)	trójiodotyronina całkowita (TT3)				•	•	19 zł
289.	14)	tyroksyna całkowita (TT4)				•	•	19 zł
290.	15)	tyroksyna wolna (fT4)				•	•	22 zł
291.	16)	tyreoglobulina (TG)				•	•	40 zł
292.	17)	adrenalina					•	55 zł
293.	18)	androstendion					•	20 zł
294.	19)	aldosteron					•	35 zł
295.	20)	dehydroepiandrosteron DHEA					•	30 zł
296.	21)	esteraza acetyloholinowa					•	20 zł
297.	22)	gastryna					•	35 zł
298.	23)	hormon adrenokortykotropowy (ACTH)					•	25 zł
299.	24)	siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S)					•	35 zł
300.	25)	testosteron wolny					•	50 zł
301.	26)	17 OH Progesteron					•	45 zł
	14.	Badania bakteriologiczne:						
302.	1)	posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) moczu			•	•	•	35 zł
303.	2)	posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) kału			•	•	•	35 zł
304.	3)	posiew kału w kierunku Salmonella – Shigella			•	•	•	35 zł
305.	4)	posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) krwi			•	•	•	35 zł
306.	5)	posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) płwociny			•	•	•	35 zł
307.	6)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z cewki moczowej			•	•	•	35 zł
308.	7)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z gardła			•	•	•	35 zł
309.	8)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z jamy ustnej			•	•	•	35 zł
310.	9)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z nosa			•	•	•	35 zł
311.	10)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) ze zmiany ropnej				•	•	35 zł
312.	11)	wymaz i posiew ((identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z czyraka				•	•	35 zł
313.	12)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z kanału szyjki macicy				•	•	35 zł
314.	13)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z oka				•	•	35 zł
315.	14)	wymaz i posiew o (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z pochwy				•	•	35 zł
316.	15)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z rany				•	•	35 zł
317.	16)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) z ucha				•	•	35 zł
318.	17)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) ze zmian skórnych				•	•	35 zł
319.	18)	wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) spod napletka				•	•	35 zł
		Badanie bakteriologiczne nie obejmuje badań ukierunkowanych na wykrycie konkretnego patogenu choroby, za wyjątkiem badania wskazanego w pkt. 14 ppkt 3)						
	15.	Badania mykologiczne w kierunku drożdży, grzybów, pleśni z antymykogramem:						
320.	1)	z moczu			•	•	•	30 zł
321.	2)	z kału			•	•	•	30 zł
322.	3)	z krwi			•	•	•	30 zł
323.	4)	z płwociny			•	•	•	30 zł
324.	5)	z cewki moczowej			•	•	•	30 zł
325.	6)	z gardła			•	•	•	30 zł
326.	7)	z jamy ustnej			•	•	•	30 zł
327.	8)	z nosa			•	•	•	30 zł
328.	9)	ze zmiany ropnej				•	•	30 zł
329.	10)	z czyraka,				•	•	30 zł
330.	11)	z kanału szyjki macicy				•	•	30 zł
331.	12)	z oka				•	•	30 zł
332.	13)	z pochwy				•	•	30 zł

l.p.		Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
			Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus	
333.	14)	z rany				•	•	30 zł
334.	15)	z ucha				•	•	30 zł
335.	16)	ze zmian skórnych				•	•	30 zł
336.	17)	spod napletka				•	•	30 zł
Badanie mykologiczne nie obejmuje badań ukierunkowanych na wykrycie konkretnego patogenu choroby								
16. Badania moczu:								
337.	1)	amylaza/diastaza (AMY)	•	•	•	•	•	8 zł
338.	2)	badanie ogólne moczu	•	•	•	•	•	7 zł
339.	3)	badanie ogólne moczu – badanie paskowe	•	•	•	•	•	7 zł
340.	4)	białko ilościowe	•	•	•	•	•	7 zł
341.	5)	białko z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	7 zł
342.	6)	białko Bence-Jonesa metodą immunofiksacji	•	•	•	•	•	10 zł
343.	7)	bilirubina	•	•	•	•	•	7 zł
344.	8)	urobilinogen	•	•	•	•	•	7 zł
345.	9)	glukoza/cukier i ketony	•	•	•	•	•	7 zł
346.	10)	glukoza/cukier z dobowej zbiórki moczu	•	•	•	•	•	7 zł
347.	11)	sód (Na)		•	•	•	•	7 zł
348.	12)	sód (Na) z dobowej zbiórki moczu		•	•	•	•	7 zł
349.	13)	potas (K)		•	•	•	•	7 zł
350.	14)	potas (K) z dobowej zbiórki moczu		•	•	•	•	7 zł
351.	15)	chlorki		•	•	•	•	7 zł
352.	16)	chlorki z dobowej zbiórki moczu		•	•	•	•	7 zł
353.	17)	jonogram: sód (Na), potas (K)		•	•	•	•	10 zł
354.	18)	jonogram: sód (Na), potas (K), chlorki		•	•	•	•	14 zł
355.	19)	wapń całkowity (Ca)		•	•	•	•	7 zł
356.	20)	wapń z dobowej zbiórki moczu		•	•	•	•	7 zł
357.	21)	fosfor (P)/fosforan nieorganiczny		•	•	•	•	7 zł
358.	22)	fosfor (P)/fosforan nieorganiczny z dobowej zbiórki moczu		•	•	•	•	7 zł
359.	23)	kreatynina		•	•	•	•	7 zł
360.	24)	kreatynina z dobowej zbiórki moczu		•	•	•	•	7 zł
361.	25)	kwas moczowy		•	•	•	•	7 zł
362.	26)	kwas moczowy z dobowej zbiórki moczu		•	•	•	•	7 zł
363.	27)	klirens kreatyniny z dobowej zbiórki moczu (GHR)		•	•	•	•	11 zł
364.	28)	liczba Addisa z dobowej zbiórki moczu		•	•	•	•	13 zł
365.	29)	magnez całkowity (Mg)		•	•	•	•	7 zł
366.	30)	magnez (Mg) z dobowej zbiórki moczu		•	•	•	•	7 zł
367.	31)	moczownik		•	•	•	•	7 zł
368.	32)	moczownik z dobowej zbiórki moczu		•	•	•	•	7 zł
369.	33)	test ciążyowy/ gonadotropina kosmówkowa (HCG)			•	•	•	18 zł
370.	34)	ALA w moczu (kwasy metaaminolewulinowe)					•	30 zł
371.	35)	17-hydroksykortykosteroidy (dobowa zbiórka moczu)					•	35 zł
372.	36)	17-ketosteroidy (dobowa zbiórka moczu)					•	35 zł
373.	37)	kwasy wanylinomigdałowe (dobowa zbiórka moczu)					•	60 zł
17. Badania kału:								
374.	1)	badanie ogólne kału		•	•	•	•	13 zł
375.	2)	jaja pasożytów		•	•	•	•	13 zł
376.	3)	kał na krew utajoną (FOBT)		•	•	•	•	15 zł
377.	4)	cysty lamblii (ELISA)		•	•	•	•	27 zł
378.	5)	3-krotne badanie kału w kierunku Shigella Salmonella		•	•	•	•	100 zł
379.	6)	pojedyncze badanie w kierunku Shigella Salmonella		•	•	•	•	35 zł
380.	7)	owsiki – wymaz parazytologiczny			•	•	•	20 zł
381.	8)	rota i adenowirusy					•	30 zł
18. Badania histopatologiczne								
382.	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)								
383.	1.	gastroskopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna			•	•	•	90 zł
384.	2.	gastroskopia/gastrofiberoskopia z biopsją			•	•	•	150 zł
385.	3.	rektoskopia diagnostyczna			•	•	•	100 zł
386.	4.	rektoskopia z biopsją			•	•	•	150 zł
387.	5.	kolonoskopia diagnostyczna				•	•	200 zł

l.p.		Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
			Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus	
388.	6.	kolonoskopia z biopsją				•	•	250 zł
389.	7.	sigmoidoskopia diagnostyczna				•	•	150 zł
390.	8.	sigmoidoskopia z biopsją				•	•	200 zł
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztu znieczulenia								
XIV. BADANIA RADIOLOGICZNE – RTG (wykonywane na podstawie skierowania lekarskiego)								
Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztu kontrastu używanego do badań radiologicznych oraz RTG:								
391.	1.	klatki piersiowej – jedna projekcja czołowa (AP)	•	•	•	•	•	35 zł
392.	2.	klatki piersiowej – dwie projekcje czołowa (AP) i boczna	•	•	•	•	•	50 zł
393.	3.	klatki piersiowej – jedna projekcja boczna	•	•	•	•	•	35 zł
394.	4.	żeber	•	•	•	•	•	35 zł
395.	5.	mostka	•	•	•	•	•	35 zł
396.	6.	czaszki		•	•	•	•	35 zł
397.	7.	czaszki celowane na siodełko tureckie		•	•	•	•	35 zł
398.	8.	podstawy czaszki		•	•	•	•	35 zł
399.	9.	twarzoczaszki		•	•	•	•	35 zł
400.	10.	żuchwy		•	•	•	•	35 zł
401.	11.	krtani		•	•	•	•	35 zł
402.	12.	przełyku		•	•	•	•	35 zł
403.	13.	ucha		•	•	•	•	35 zł
404.	14.	dłoni		•	•	•	•	35 zł
405.	15.	dłoni porównawcze		•	•	•	•	50 zł
406.	16.	kości jarzmowych		•	•	•	•	35 zł
407.	17.	kości krzyżowej i ogonowej		•	•	•	•	35 zł
408.	18.	kości nosa		•	•	•	•	35 zł
409.	19.	kości ogonowej		•	•	•	•	35 zł
410.	20.	kości pięty		•	•	•	•	35 zł
411.	21.	kości piętowych		•	•	•	•	50 zł
412.	22.	kości podudzia		•	•	•	•	35 zł
413.	23.	kości ramieniowej		•	•	•	•	35 zł
414.	24.	kości skroniowej		•	•	•	•	35 zł
415.	25.	kości udowej		•	•	•	•	35 zł
416.	26.	łopatki		•	•	•	•	35 zł
417.	27.	łopatki porównawcze		•	•	•	•	50 zł
418.	28.	nadgarstka		•	•	•	•	35 zł
419.	29.	nosogardzieli		•	•	•	•	35 zł
420.	30.	obojczyka		•	•	•	•	35 zł
421.	31.	obojczyka porównawcze		•	•	•	•	50 zł
422.	32.	oczodołów		•	•	•	•	35 zł
423.	33.	osiowe rzepki		•	•	•	•	35 zł
424.	34.	palca/palców ręki		•	•	•	•	35 zł
425.	35.	ocena wczesnych zmian reumatoidalnych rąk		•	•	•	•	50 zł
426.	36.	palca/palców stopy		•	•	•	•	35 zł
427.	37.	przedramienia		•	•	•	•	35 zł
428.	38.	rzepiek		•	•	•	•	35 zł
429.	39.	zatok		•	•	•	•	35 zł
430.	40.	górnego odcinka przewodu pokarmowego (badanie przełyku, żołądka i dwunastnicy)		•	•	•	•	60 zł
431.	41.	stawu barkowego		•	•	•	•	35 zł
432.	42.	stawów biodrowych		•	•	•	•	35 zł
433.	43.	stawu kolanowego		•	•	•	•	35 zł
434.	44.	stawów kolanowych		•	•	•	•	50 zł
435.	45.	stawów krzyżowo-biodrowych		•	•	•	•	35 zł
436.	46.	stawu łokciowego		•	•	•	•	35 zł
437.	47.	stawów łokciowych		•	•	•	•	50 zł
438.	48.	stawu mostkowo-obojczykowego		•	•	•	•	35 zł
439.	49.	stawu skokowego		•	•	•	•	35 zł
440.	50.	stawów skokowych		•	•	•	•	50 zł
441.	51.	stawu skroniowo-żuchwowego		•	•	•	•	35 zł
442.	52.	kręgosłupa (skolioza)		•	•	•	•	70 zł
443.	53.	kręgosłupa szyjnego		•	•	•	•	35 zł
444.	54.	kręgosłupa szyjnego czynnościowe		•	•	•	•	50 zł
445.	55.	kręgosłupa piersiowego		•	•	•	•	35 zł
446.	56.	kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego		•	•	•	•	35 zł

l.p.		Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
			Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus	
447.	57.	kręgosłupa lędźwiowego		•	•	•	•	35 zł
448.	58.	kręgosłupa lędźwiowego czynnościowe		•	•	•	•	50 zł
449.	59.	kręgosłupa lędźwiowego-krzyżowego		•	•	•	•	35 zł
450.	60.	kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego czynnościowe		•	•	•	•	50 zł
451.	61.	całego kręgosłupa		•	•	•	•	70 zł
452.	62.	miednicy		•	•	•	•	35 zł
453.	63.	stopy		•	•	•	•	35 zł
454.	64.	stopy w obciążeniu		•	•	•	•	50 zł
455.	65.	obu stóp		•	•	•	•	35 zł
456.	66.	obu stóp w obciążeniu		•	•	•	•	50 zł
457.	67.	zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej		•	•	•	•	35 zł
458.	68.	badanie mammograficzne			•	•	•	75 zł
459.	69.	badanie mammograficzne 1 piersi po mastektomii			•	•	•	65 zł
460.	70.	wlew doodbytniczy			•	•	•	130 zł
461.	71.	zdjęcia nerek, moczowodów i pęcherza (urografia)					•	150 zł
XV. BADANIA ULTRASONOGRAFICZNE – USG (wykonywane na podstawie skierowania lekarskiego)								
462.	1.	USG jamy brzusznej	•	•	•	•	•	60 zł
463.	2.	USG płodu		•	•	•	•	60 zł
464.	3.	USG narządu rodnego – transwaginalne		•	•	•	•	60 zł
465.	4.	USG narządu rodnego przez powłoki brzuszne		•	•	•	•	60 zł
466.	5.	USG piersi		•	•	•	•	60 zł
467.	6.	biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego (BAC) i jego oceną		•	•	•	•	100 zł
468.	7.	USG układu moczowego (ocena pęcherza moczowego i nerek)		•	•	•	•	60 zł
469.	8.	USG transrektalne (TRUS) – prostata, odbyt i odbytnica		•	•	•	•	60 zł
470.	9.	USG prostaty/gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne		•	•	•	•	60 zł
471.	10.	USG jąder i najądrzy		•	•	•	•	60 zł
472.	11.	USG stawu biodrowego		•	•	•	•	60 zł
473.	12.	USG stawów biodrowych		•	•	•	•	80 zł
474.	13.	USG stawu skokowego		•	•	•	•	60 zł
475.	14.	USG stawów skokowych		•	•	•	•	80 zł
476.	15.	USG stawu barkowego/ramiennego		•	•	•	•	60 zł
477.	16.	USG stawu łokciowego		•	•	•	•	60 zł
478.	17.	USG stawów łokciowych		•	•	•	•	80 zł
479.	18.	USG stawu kolanowego		•	•	•	•	60 zł
480.	19.	USG stawów kolanowych		•	•	•	•	80 zł
481.	20.	USG dołów podkolanowych		•	•	•	•	60 zł
482.	21.	USG tarczycy		•	•	•	•	60 zł
483.	22.	biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną		•	•	•	•	100 zł
484.	23.	USG mięśni, tkanki podskórnej			•	•	•	60 zł
485.	24.	USG przeziemiączkowe			•	•	•	60 zł
486.	25.	USG ślinianek			•	•	•	60 zł
487.	26.	USG serca (ECHO serca) dorośli/dzieci				•	•	70 zł
488.	27.	badanie przepływu naczyniowego tętnic szyjnych i kręgowych (Doppler)				•	•	80 zł
489.	28.	badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn górnych (Doppler)				•	•	80 zł
490.	29.	badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn dolnych (Doppler)				•	•	80 zł
491.	30.	badanie przepływu naczyniowego żył kończyn górnych (Doppler)				•	•	80 zł
492.	31.	badanie przepływu naczyniowego żył kończyn dolnych (Doppler)				•	•	80 zł
493.	32.	badanie układu wrotnego wątroby (Doppler)				•	•	80 zł
494.	33.	badanie przepływu naczyniowego pnia trzewnego, tętnic kręgowych, tętnic nerkowych, aorty (Doppler)				•	•	80 zł
495.	34.	USG gałek ocznych i oczodołów				•	•	60 zł
496.	35.	USG ścięgna Achillesa				•	•	60 zł
497.	36.	USG ręki, stopy				•	•	60 zł
498.	37.	USG nadgarstka				•	•	60 zł
499.	38.	USG węzłów chłonnych				•	•	60 zł
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje USG 3-D/4-D i USG genetycznego								
XVI. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA – TK/CT (wykonywana na podstawie skierowania lekarskiego)								
Badania diagnostyczne, wykonywane w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem dożylnym, doustnym lub bez (z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej – angiografii/ANGIO):								
500.	1.	jamy brzusznej			•	•	•	250 zł
501.	2.	jamy brzusznej z kontrastem			•	•	•	300 zł

l.p.		Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny
			Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus	
502.	3.	krtani			•	•	•	250 zł
503.	4.	krtani z kontrastem			•	•	•	300 zł
504.	5.	nosogardła			•	•	•	250 zł
505.	6.	nosogardła z kontrastem			•	•	•	300 zł
506.	7.	szczęki			•	•	•	250 zł
507.	8.	szczęki z kontrastem			•	•	•	300 zł
508.	9.	szyi			•	•	•	250 zł
509.	10.	szyi z kontrastem			•	•	•	300 zł
510.	11.	żuchwy			•	•	•	250 zł
511.	12.	żuchwy z kontrastem			•	•	•	300 zł
512.	13.	badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez kontrastu				•	•	300 zł
513.	14.	badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych z kontrastem				•	•	350 zł
514.	15.	badanie wielofazowe dwóch okolic anatomicznych				•	•	350 zł
515.	16.	głowy				•	•	250 zł
516.	17.	głowy z kontrastem				•	•	300 zł
517.	18.	kości skroniowej				•	•	250 zł
518.	19.	kości skroniowej z kontrastem				•	•	300 zł
519.	20.	oczodołów				•	•	250 zł
520.	21.	oczodołów z kontrastem				•	•	300 zł
521.	22.	twarzoczaszki				•	•	250 zł
522.	23.	twarzoczaszki z kontrastem				•	•	300 zł
523.	24.	zatok				•	•	250 zł
524.	25.	zatok z kontrastem				•	•	300 zł
525.	26.	klatki piersiowej i śródpiersia				•	•	250 zł
526.	27.	klatki piersiowej i śródpiersia z kontrastem				•	•	300 zł
527.	28.	kręgosłupa szyjnego				•	•	250 zł
528.	29.	kręgosłupa szyjnego z kontrastem				•	•	300 zł
529.	30.	kręgosłupa piersiowego				•	•	250 zł
530.	31.	kręgosłupa piersiowego z kontrastem				•	•	300 zł
531.	32.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego				•	•	250 zł
532.	33.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego z kontrastem				•	•	300 zł
533.	34.	miednicy				•	•	250 zł
534.	35.	miednicy z kontrastem				•	•	300 zł
535.	36.	kończyn (kości i stawów)				•	•	250 zł
536.	37.	kończyn (kości i stawów) z kontrastem				•	•	300 zł
537.	38.	TK kolonoskopia				•	•	300 zł
XVII. REZONANS MAGNETYCZNY – NMR (wykonywany na podstawie skierowania lekarskiego)								
		Badania diagnostyczne, wykonywane w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem dożylnym lub bez (z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej – angiografii/ANGIO):						
538.	1.	jamy brzusznej			•	•	•	400 zł
539.	2.	jamy brzusznej z kontrastem			•	•	•	450 zł
540.	3.	krtani			•	•	•	400 zł
541.	4.	krtani z kontrastem			•	•	•	450 zł
542.	5.	nosogardła			•	•	•	400 zł
543.	6.	nosogardła z kontrastem			•	•	•	450 zł
544.	7.	szczęki			•	•	•	400 zł
545.	8.	szczęki z kontrastem			•	•	•	450 zł
546.	9.	szyi			•	•	•	400 zł
547.	10.	szyi z kontrastem			•	•	•	450 zł
548.	11.	żuchwy			•	•	•	400 zł
549.	12.	żuchwy z kontrastem			•	•	•	450 zł
550.	13.	głowy				•	•	400 zł
551.	14.	głowy z kontrastem				•	•	450 zł
552.	15.	przysadki				•	•	400 zł
553.	16.	przysadki z kontrastem				•	•	450 zł
554.	17.	kości skroniowej				•	•	400 zł
555.	18.	kości skroniowej z kontrastem				•	•	450 zł
556.	19.	oczodołów				•	•	400 zł
557.	20.	oczodołów z kontrastem				•	•	450 zł
558.	21.	twarzoczaszki				•	•	400 zł
559.	22.	twarzoczaszki z kontrastem				•	•	450 zł

I.p.		Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny	
			Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus		
560.	23.	zatok				•	•	400 zł	
561.	24.	zatok z kontrastem				•	•	450 zł	
562.	25.	klatki piersiowej i śródpiersia				•	•	400 zł	
563.	26.	klatki piersiowej i śródpiersia z kontrastem				•	•	450 zł	
564.	27.	kręgosłupa szyjnego				•	•	400 zł	
565.	28.	kręgosłupa szyjnego z kontrastem				•	•	450 zł	
566.	29.	kręgosłupa piersiowego				•	•	400 zł	
567.	30.	kręgosłupa piersiowego z kontrastem				•	•	450 zł	
568.	31.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego				•	•	400 zł	
569.	32.	kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego z kontrastem				•	•	450 zł	
570.	33.	miednicy				•	•	400 zł	
571.	34.	miednicy z kontrastem				•	•	450 zł	
572.	35.	kończyn				•	•	400 zł	
573.	36.	kończyn z kontrastem				•	•	450 zł	
574.	37.	kości				•	•	400 zł	
575.	38.	kości z kontrastem				•	•	450 zł	
576.	39.	stawów				•	•	400 zł	
577.	40.	stawów z kontrastem				•	•	450 zł	
XVIII. BADANIA CZYNNOŚCIOWE (wykonywane na podstawie skierowania lekarskiego)									
1. układu krążenia:									
578.	1)	EKG spoczynkowe	•	•	•	•	•	20 zł	
579.	2)	24-godzinna rejestracja EKG (badanie Holtera)				•	•	60 zł	
580.	3)	24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego (Holter ciśnieniowy)				•	•	60 zł	
581.	4)	EKG wysiłkowe				•	•	70 zł	
582.	5)	USG serca – dorośli/dzieci				•	•	70 zł	
2. układu nerwowego:									
583.	1)	EEG – encefalografia w trybie czuwania				•	•	70 zł	
584.	2)	EMG – elektromiografia – próba tężyczkowa				•	•	120 zł	
585.	3)	EMG – elektromiografia – próba miasteniczna				•	•	120 zł	
3. narządu słuchu:									
586.	1)	audiometria tonalna (audiogram) od 5 roku życia				•	•	25 zł	
4. układu oddechowego:									
587.	1)	spirometria bez próby rozkurczowej				•	•	25 zł	
588.	2)	spirometria z próbą rozkurczową				•	•	30 zł	
5. układu ruchu:									
589.	1)	densytometria przesiewowa (scoringowa)				•	•	60 zł	
590.	2)	densytometria – kręgosłup lędźwiowy				•	•	45 zł	
591.	3)	densytometria – szyjka kości udowej				•	•	45 zł	
592.	4)	densytometria – szyjka kości udowej + kręgosłup lędźwiowy				•	•	80 zł	
XIX. AMBULATORYJNA OPIEKA PIELĘGNIARSKA									
Personel pielęgniarski na podstawie skierowania lub zalecenia lekarskiego zapewnia następujące usługi w ramach opieki ambulatoryjnej:									
593.	1.	pomiar ciśnienia tętniczego	•	•	•	•	•	5 zł	
594.	2.	iniekcje dożylnie (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków) – bez wlewu dożylnego		•	•	•	•	10 zł	
595.	3.	iniekcje domięśniowe (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)		•	•	•	•	10 zł	
596.	4.	iniekcje podskórne (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków)		•	•	•	•	10 zł	
597.	5.	próba uczuleniowa na lek		•	•	•	•	10 zł	
598.	6.	założenie lub zmiana prostego opatrunku		•	•	•	•	25 zł	
XX. KONSULTACJE LEKARZA DYŻURNEGO									
599.		Usługa dostępna na terenie kraju w placówkach medycznych wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej obejmująca konsultację lekarską dostępną w placówce lekarza dyżurnego. Usługa jest realizowana poza standardowymi godzinami przyjęć placówki medycznej				•	•	•	Nie podlega refundacji
XXI. SZCZEPNIENIA WRAZ Z KONSULTACJĄ LEKARSKĄ PRZED SZCZEPIENIEM									
Nieodpłatna konsultacja przed szczepieniem obejmująca kwalifikację do szczepienia w placówkach medycznych wskazanych za pośrednictwem infolinii Allianz, iniekcje oraz koszt szczepionki przeciw:									
600.	1.	p. grypie sezonowej raz (1 dawka) na 12 następujących po sobie miesięcznych okresów ochrony liczonych od pierwszego miesiąca rozpoczęcia odpowiedzialności Allianz	•	•	•	•	•	•	35 zł
601.	2.	podanie anatoksyny p. tężcowej					•	•	25 zł
602.	3.	p. WZW typu B						•	50 zł
603.	4.	p. WZW typu A						•	120 zł
604.	5.	p. WZW typu A+B						•	120 zł
605.	6.	p. odkleszczowemu zapaleniu opon i mózgu						•	90 zł

l.p.	Opis świadczeń zdrowotnych	Wariant Ubezpieczenia					Cennik refundacyjny	
		Bonus	Komfort Plus	Optimum Plus	Maximum Plus	Prestige VIP Plus		
XXII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA								
	Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia bez skierowania od lekarza specjalisty w placówkach medycznych wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej. Ubezpieczony ma możliwość korzystania z przeglądu stanu zdrowia raz na 12 następujących po sobie miesięcznych okresów ochrony, licząc od dnia objęcia ochroną w stosunku do danego Ubezpieczonego. Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia obejmuje:							
	1. Konsultacje lekarskie:							
606.	1)	internista					•	65 zł
607.	2)	kardiolog					•	75 zł
608.	3)	ginekolog /urolog (w zależności od płci)					•	75 zł
	2. Badania diagnostyczne							
609.	1)	morfologia krwi z rozmazem (z analizatora/rozmaz automatyczny)					•	10 zł
610.	2)	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)					•	5 zł
611.	3)	glukoza/cukier na czczo					•	6 zł
612.	4)	badanie ogólne moczu					•	7 zł
613.	5)	cholesterol całkowity (CHOL)					•	7 zł
614.	6)	cholesterol – badanie paskowe					•	7 zł
615.	7)	cholesterol HDL					•	7 zł
616.	8)	cholesterol LDL					•	7 zł
617.	9)	triglicerydy (TRIG/TG)					•	8 zł
618.	10)	mocznik					•	7 zł
619.	11)	kreatynina					•	7 zł
620.	12)	aminotransferaza alaninowa (ALAT/ALT/GPT)					•	7 zł
621.	13)	aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT)					•	7 zł
622.	14)	pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego					•	35 zł
	3. Badania USG							
623.	1)	USG piersi					•	60 zł
624.	2)	USG prostaty/gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne					•	60 zł
	4. Badania czynnościowe							
625.	1)	EKG spoczynkowe					•	20 zł

* Wyłączenie z wariantu ubezpieczenia Komfort Plus, Optimum Plus, Maximum Plus konsultacji lekarskich dostępnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, wymienionych w załączniku nr 1 w rozdziale IV, pkt 1 wpływa na obniżenie wysokości składki. Warianty otrzymują wówczas nazwę Komfort S, Optimum S, Maximum S.

Załącznik nr 2 Do dodatkowej umowy ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej z zastrzeżeniem pkt. 13 rozdziału I niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia:		
I. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU, WSPÓŁMAŁŻONKOWI UBEZPIECZONEGO LUB DZIECKU UBEZPIECZONEGO W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU		
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	
W sytuacji gdy osoba wymieniona w rozdziale I w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia Allianz pokrywa koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza.		100 zł
2.	Transport medyczny z osobą bliską z miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do odpowiedniego zakładu opieki zdrowotnej	
Transport jest organizowany do zakładu opieki zdrowotnej wskazanego przez lekarza prowadzącego lub lekarza centrum operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu osoby wymienionej w rozdziale I w zakładzie opieki zdrowotnej; transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia tej osoby utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;		1000 zł
3.	Transport medyczny z osobą bliską z zakładu opieki zdrowotnej do miejsca zamieszkania	
Transport jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w rozdziale I przebywa w zakładzie opieki zdrowotnej; transport jest organizowany o ile stan zdrowia tej osoby utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;		1000 zł
4.	Transport medyczny z osobą bliską z zakładu opieki zdrowotnej do zakładu opieki zdrowotnej	
Transport jest organizowany w przypadku gdy zakład opieki zdrowotnej, w którym przebywa osoba wymieniona w rozdziale I nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy ta osoba skierowana jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innym zakładzie opieki zdrowotnej; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia tej osoby utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;		500 zł
5.	Organizacja procesu rehabilitacyjnego	
Proces rehabilitacyjny jest organizowany jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w rozdziale I zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; Allianz zapewnia:		
a)	zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu osoby korzystającej z rehabilitacji, 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 osoba wymieniona w rozdziale I zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz:		
a)	organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu osoby, dla której 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 osoba wymieniona w rozdziale I przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż trzy dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:		
a)	przewozu dzieci pod opieką osoby uprawnionej przez Allianz 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 Ubezpieczonego 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:		
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 zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;		
8.	Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w razie ich zachorowania	
W razie choroby dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej potwierdzonej przez lekarza, Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej. Usługa jest świadczona przez 1 dzień. Świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;		200 zł
9.	Organizacja prywatnych lekcji	
W sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego, na podstawie zaświadczenia lekarskiego, będzie musiało przebywać w domu powyżej 7 dni, Allianz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania dziecka Ubezpieczonego		200 zł
10.	Organizacja pobytu opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka	
W sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego jest hospitalizowane, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów prawnych dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub hotelu przyszpitalnym		500 zł
11.	Opieka pielęgniarki po hospitalizacji	
Jeżeli osoba wymieniona w rozdziale I na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania tej osoby przez okres maksymalnie 5 dni;		1500 zł
12.	Pomoc domowa	
Jeżeli osoba wymieniona w rozdziale I jest hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli osoba ta nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni;		300 zł
13.	Pomoc medyczna za granicą	
W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania osoby wymienionej w rozdziale I Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w zakładzie opieki zdrowotnej za granicą lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu tej osoby oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Allianz pokrywa koszty usług wymienionych w zdaniu poprzednim, z możliwością dwukrotnego skorzystania z usług w 12 miesięcznych okresach ochrony świadczonej przez Allianz.		200 Euro
II. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU, WSPÓŁMAŁŻONKOWI UBEZPIECZONEGO LUB DZIECKU UBEZPIECZONEGO W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU		
1.	Wizyta pielęgniarki	

	Allianz gwarantuje osobie wymienionej w rozdziale II zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu tej osoby.	500 zł
III. ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO LUB DZIECKA UBEZPIECZONEGO		
1.	Pomoc psychologa W trudnych sytuacjach losowych osoby wymienionej w rozdziale III takich jak: a) zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka, b) poronienie, c) zgon osoby wymienionej w rozdziale III, d) choroba osoby wymienionej w rozdziale III, Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu podanego obok w tabeli w odniesieniu do 1 sytuacji losowej. Allianz na prośbę osoby na rzecz której świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.	500 zł
IV. ZDROWOTNE USŁUGI INFORMACYJNE W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY, WYPADKU, STANU CIĄŻY UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO, DZIECKA UBEZPIECZONEGO		
Allianz gwarantuje osobie wymienionej w rozdziale IV:		
1.	informowanie o państwowych i prywatnych zakładach opieki zdrowotnej w razie choroby lub wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;	bez limitu
2.	informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży;	
3.	informowanie o zakładach opieki zdrowotnej prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;	
4.	informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;	
5.	informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;	
6.	informacje o dietach, zdrowym żywieniu;	
7.	dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania;	
8.	informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;	
9.	informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;	
10.	informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa);	
11.	informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;	
12.	informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;	
13.	informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;	
14.	informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.	
Informacje, o których mowa w pkt 1-14 powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.		
V. DOSTĘP DLA UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO, DZIECKA UBEZPIECZONEGO DO INFOLINII „BABY ASSISTANCE”		
Allianz gwarantuje osobie wymienionej w rozdziale V dostęp za pośrednictwem infolinii do informacji o:		
1.	objawach ciąży;	bez limitu
2.	badaniach prenatalnych;	
3.	wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;	
4.	szkolach rodzenia;	
5.	pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;	
6.	karmieniu noworodka;	
7.	obowiązkowych szczepieniach dzieci;	
8.	pielęgnacji noworodka.	
VI. POMOC UBEZPIECZONEMU LUB WSPÓŁMAŁŻONKOWI UBEZPIECZONEGO W PRZYPADKU URODZENIA DZIECKA		
1.	Pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem Allianz gwarantuje osobie wymienionej w rozdziale VI zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania osoby na rzecz której świadczona jest usługa w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Allianz 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
VII. POMOC MEDYCZNA DLA RODZICA UBEZPIECZONEGO LUB WSPÓŁMAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU		
1.	Pomoc domowa oraz pielęgnarska Allianz gwarantuje osobie wymienionej w rozdziale VII zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej lub opieki pielęgnarskiej po zakończeniu hospitalizacji, trwającej powyżej 5 dni, w związku ze stwierdzoną przez lekarza centrum operacyjnego medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania tej osoby.	500 zł
2.	Transport na wizytę kontrolną Allianz gwarantuje osobie wymienionej w rozdziale VII zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną rocznie pod warunkiem, że hospitalizacja trwała powyżej 5 dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego).	
3.	Osobisty asystent Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć osobie wymienionej w rozdziale VII podczas transportu medycznego do i z zakładu opieki zdrowotnej oraz będzie jej służyć pomocą przy załatwianiu formalności w zakładzie opieki zdrowotnej (pomoc przy rejestracji oraz wypisie ze szpitala).	200 zł
4.	Dostęp do infolinii medycznej Allianz gwarantuje osobie wymienionej w rozdziale VII dostęp do infolinii medycznej polegający na udostępnieniu telefonicznej rozmowy z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	bez limitu

Załącznik nr 3
Do dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej

I. KINEZYTERAPIA

W ramach świadczeń rehabilitacyjnych z zakresu kinezyterapii Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:

1.	ćwiczenia instruktażowe
2.	ćwiczenia ogólnousprawniające
3.	ćwiczenia indywidualne czynno-bierne i wspomagane
4.	ćwiczenia indywidualne czynne
5.	ćwiczenia indywidualne w odciążeniu
6.	ćwiczenia specjalne na przyrządach
7.	wyciąg trakcyjny

II. FIZYKOTERAPIA

W ramach świadczeń rehabilitacyjnych z zakresu fizykoterapii obejmującej elektroterapię i terapię ultradźwiękową Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:

1.	galwanizację
2.	jonoforezę
3.	fonoforezę
4.	elektrostymulację
5.	prądy diadynamiczne
6.	prądy wielkiej częstotliwości
7.	prądy niskiej częstotliwości
8.	prądy TENSA
9.	prądy Traberta
10.	magnetoterapię
11.	ultraterapię miejscową
12.	krioterapię miejscową
13.	laseroterapię

III. USTALENIE PLANU REHABILITACYJNEGO

Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:

1.	Konsultację u rehabilitanta mającą na celu ustalenie planu rehabilitacyjnego o ile skierowanie, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 1) dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej nie określa świadczeń rehabilitacyjnych.
----	---

Załącznik nr 4**Do dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii****I. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STOMATOLOGICZNY**

W ramach profilaktycznego przeglądu stomatologicznego Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu raz w rocznych okresach odpowiedzialności, licząc od początku odpowiedzialności Allianz 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 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. wystawianie zaświadczeń, recept na leki, materiały opatrunkowe i inne;
3. wypełnienie chemoutwardzalne zębów stałych jedno i wielopowierzchowe;
4. wypełnienie światłoutwardzalne zębów stałych jedno i wielopowierzchowe;
5. leczenie zębów mlecznych;
6. ekstrypcja (usunięcie) miazgi zęba;
7. dewitalizacja (zatrucie) miazgi;
8. opracowanie i udrożnienie kanału;
9. wypełnienie kanału;
10. amputacja przyżyciowa miazgi zęba;
11. znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe);
12. dewitalizacja miazgi (zatrucie zęba stałego lub/i mlecznego) z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem;
13. trepanacja zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem;
14. opatrunek leczniczy w zębie stałym lub/i mlecznym.

III. CHIRURGIA STOMATOLOGICZNA

W ramach chirurgii stomatologicznej Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w placówkach medycznych:

1. przeprowadzenie badania lekarskiego zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną zakończone postawieniem diagnozy i rozpoczęciem leczenia;
2. wystawianie zaświadczeń, recept na leki, materiały opatrunkowe i inne;
3. ekstrakcję zęba mlecznego;
4. ekstrakcję zęba stałego;
5. ekstrakcję zęba z dłutowaniem;
6. ekstrakcję zęba stałego z szyciem i zaopatrzeniem zębodołu;
7. szycie rany;
8. usunięcie szwów;
9. znieczulenie (nasiękowe lub przewodowe);
10. nacięcie ropnia;
11. opatrunek po zabiegu chirurgicznym.

IV. DIAGNOSTYKA RENTGENOWSKA

W ramach diagnostyki rentgenowskiej Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów placówkach medycznych:

1. RTG stomatologiczny;
2. pantomogram.

O sposobie leczenia i użytych materiałach do leczenia z zakresu stomatologii decyduje lekarz stomatolog.

Załącznik nr 5**Do dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii refundacyjnej**

Zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot Ubezpieczonemu kosztów leczenia z zakresu stomatologii poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w związku z wykonaniem świadczeń wymienionych w niniejszym załączniku do maksymalnej wysokości 30% kosztów leczenia z zastrzeżeniem, że łączny zwrot kosztów w 12 miesięcznych okresach odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 1000 zł.

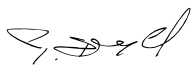
Przez koszty leczenia z zakresu stomatologii należy rozumieć koszty obejmujące:

I. STOMATOLOGIĘ ZACHOWAWCZĄ:	
1.	konsultację stomatologiczną
2.	przeгляд stomatologiczny obejmujący profilaktyczną wizytę u lekarza stomatologa o charakterze informacyjnym polegającą na ocenie występowania stanu chorobowego i określe- niu planu leczenia;
3.	wypełnienie kompozytowe
4.	wypełnienie chemoutwardzalne
5.	wypełnienie światłoutwardzalne
6.	znieczulenie miejscowe: powierzchniowe, nasiękowe, śródwięzadłowe, przewodowe
7.	leczenie zębów mlecznych
8.	ekstirpacja (usunięcie) miazgi zęba
9.	dewitalizacja (zatrucie) miazgi
10.	leczenie ozębnej
11.	opracowanie i udrożnienie kanału wraz z lekiem
12.	wymianę 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. CHIRURGIĘ STOMATOLOGICZNĄ:	
1.	konsultacja chirurgiczną
2.	ekstrakcję zęba mlecznego
3.	ekstrakcję zęba stałego
4.	ekstrakcję zęba z dłutowaniem wewnątrzzębodołowym
5.	ekstrakcja trzeciego zęba trzonowego
6.	ekstrakcja zęba stałego z plastiką połączenia ustno-zatokowego
7.	usunięcie zostawionego korzenia
8.	dłutowanie zatrzymanego „zęba mądrości”
9.	usunięcie chirurgiczne „zęba mądrości”
10.	dłutowanie zatrzymanego kła
11.	resekcję wierzchołka korzenia
12.	ekstrakcję zęba stałego z szyciem i zaopatrzeniem zębodołu
13.	szycie rany
14.	usunięcie szwów
15.	znieczulenie miejscowe: powierzchniowe, nasiękowe, śródwięzadłowe, przewodowe
16.	nacięcie ropnia
17.	opatrunek po zabiegu chirurgicznym
18.	plastykę wędzidła wargi górnej lub dolnej
19.	plastykę wędzidła języka
III. DIAGNOSTYKĘ RENTGENOWSKĄ:	
1.	RTG stomatologiczny
2.	pantomogram.

Załącznik nr 6 Do dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia		Limit refundacji kosztów zabiegów chirurgii jed- nego dnia na zdarzenie ubezpieczeniowe
W rozumieniu dodatkowej umowy dodatkowej zabiegami chirurgii jednego dnia są:		
OPERACJE PRZEPUKLIN		
1.	operacja przepukliny pachwinowej jednostronnej / obustronnej	3000 zł
2.	operacja przepukliny mosznowej jednostronnej / obustronnej	3000 zł
3.	operacja przepukliny z zastosowaniem siatki polienowej	3000 zł
4.	operacja przepukliny pępkowej	3000 zł
5.	operacja przepukliny w kresie białej	3000 zł
6.	operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	3000 zł
7.	operacje przepuklin przedniej ściany brzucha	3000 zł
8.	operacje przepukliny udowej	3000 zł
9.	operacje przepukliny mosznowej	3000 zł
OPERACJE TORBIELI		
1.	usunięcie torbieli najądrza	3000 zł
2.	usunięcie torbieli krzyżowej/nacięcie torbieli krzyżowej z ewakuacją treści ropnej	3000 zł
3.	usunięcie torbieli wątroby	3000 zł
4.	usunięcie torbieli nerki	3000 zł
5.	usuwanie torbieli i brodawczaków w zakresie gardła i jamy ustnej	3000 zł
OPERACJE ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH		
1.	operacja żyłaków kończyn dolnych metodą endoskopową	3000 zł
2.	operacja żyłaków kończyn dolnych metodą klasyczną	3000 zł
OPERACJE WYROSTKA ROBACZKOWEGO I PĘCZERZA ŻÓŁCIOWEGO		
1.	wycięcie wyrostka robaczkowego metodą klasyczną	3000 zł
2.	wycięcie wyrostka robaczkowego metodą laparoskopową	3000 zł
3.	wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną	3000 zł
4.	wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową (cholecystectomy)	3000 zł
OPERACJE ODBYTNICY I OKOLIC ODBYTU		
1.	operacja żyłaków odbytu metodą klasyczną	3000 zł
2.	operacja żyłaków odbytu metodą LONGO	3000 zł
3.	operacja szczeliny odbytu	3000 zł
4.	operacja przetoki odbytu	3000 zł
OPERACJE JĄDER, NAJĄDRZY, POWRÓZKA NASIENNEGO I PĘCZERZA MOCZOWEGO		
1.	operacja wodniaka jądra, powróżka nasiennego	3000 zł
2.	wycięcie jądra lub najądrza	3000 zł
3.	operacja stulejki	3000 zł
4.	laparoskopowa operacja żyłaków powróżka nasiennego	3000 zł
5.	klasyczna operacja żyłaków powróżka nasiennego	3000 zł
6.	rozszerzenie i kalibracja cewki moczowej	3000 zł
OPERACJE STAWÓW		
1.	artroskopia stawu kolanowego	3000 zł
2.	chirurgiczne otwarcie stawu kolanowego	3000 zł
3.	rekonstrukcja więzadeł pobocznych stawu kolanowego	3000 zł
4.	artroskopowe wycięcie błony maziowej	3000 zł
5.	artroskopowy szew łąkotki	3000 zł
6.	operacja stawu obojczykowo-barkowego	3000 zł
7.	artroskopia stawu barkowego	3000 zł
8.	otwarte nastawienie zwłchnięcia stawu obojczykowo-barkowego	3000 zł
9.	artroskopowe operacyjne nastawienie zwłchnięcia stawu obojczykowo-barkowego	3000 zł
OPERACJE OTOLARYNGOLOGICZNE		
1.	chirurgiczna operacja zatoki szczękowej	3000 zł
2.	endoskopowa operacja zatoki szczękowej	3000 zł
3.	polipektomia nosa	3000 zł
4.	septoplastyka nosa	3000 zł
5.	usunięcie ślinianki podżuchwowej	3000 zł
6.	usunięcie ślinianki przyusznej	3000 zł
7.	usunięcie migdałka gardłowego-go (adenektomia)	3000 zł
8.	usunięcie migdałków podniebiennych (tonsillectomia)	3000 zł
9.	przycięcie migdałków podniebiennych (tonsillotomy)	3000 zł
10.	usunięcie migdałka gardłowego i przycięcie migdałków podniebiennych (adenotonsillotomy)	3000 zł
OPERACJE Z ZAKRESU CHIRURGII RĘKI		
1.	odroczone szycie ścięgna ręki	3000 zł
2.	uwolnienie kanału nadgarstka	3000 zł

3.	wycięcie ganglionu nadgarstka	3000 zł
4.	uwolnienie przykurczu Dupuytren'a	3000 zł
5.	uwolnienie i transpozycja nerwu łokciowego	3000 zł
OPERACJE GINEKOLOGICZNE		
1.	konizacja szyjki macicy	3000 zł
2.	nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją	3000 zł
3.	wyłuszczenie gruczołu Bartholina	3000 zł
4.	usuwanie polipów narządu rodneho	3000 zł
5.	chirurgiczne usunięcie kłykcín narządu rodneho	3000 zł
6.	histeroskopowe usunięcie polipa	3000 zł
7.	wyłuszczenie mięśniaków macicy metodą laparoskopową	3000 zł
8.	wyłuszczenie mięśniaków macicy metodą klasyczną	3000 zł
9.	histeroskopowe usunięcia mięśniaka	3000 zł
10.	laparoskopowe usunięcie torbieli jajnika	3000 zł
11.	operacyjne i laparoskopowe usunięcie jajnika	3000 zł
12.	operacyjne usunięcie przydatków	3000 zł
13.	laparoskopowe usunięcie przydatków	3000 zł
OPERACJE OKULISTYCZNE		
1.	operacja gradówki	3000 zł
2.	wycięcie cysty spojówki	3000 zł
3.	operacja kępek żółtych	3000 zł
4.	operacje brodawek powiek	3000 zł
INNE OPERACJE		
1.	usunięcie materiału zespalającego z kości	3000 zł
2.	wycięcie ganglionu dołu podkolanowego	3000 zł
3.	wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej	3000 zł

Niniejsze o.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 61/2012 z dnia 26.07.2012 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 01.08.2012 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Stanisław Borkowski
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Dariusz Karłowicz
Członek Zarządu

Aneks nr 1 do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego: Allianz Opieka Zdrowotna (indeks AOZ 02) zatwierdzonych uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 61/2012 z dnia 26.07.2012 roku (o.w.u.)

§1

1.

W części VI o.w.u. dodaje się nowy pkt o treści jak poniżej:

„Dodatkowa umowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku lub choroby”

§1

Podstawowe definicje

Użyтым w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u. zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji w szpitalu, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala; za pobytu w szpitalu nie uznaje się pobytu związanego z leczeniem w szpitalu w trybie ambulatoryjnym,
- 2) **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 niniejszych o.w.u. nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.

§2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialnością Allianz w zakresie dodatkowej umowy ubezpieczenia objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w ust. 4 w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała, będących następstwem wypadku. Ochroną objęty jest okres pobytu w szpitalu ograniczony datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony świadczonej przez Allianz z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

3.

W razie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością w ramach niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia dla niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień ust. 4.

4.

Allianz wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, w celu opisanym w ust. 2, trwał nieprzerwanie co najmniej:

- 1) 4 dni – jeżeli był spowodowany chorobą;
- 2) 1 dzień – jeżeli był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczonego w następstwie wypadku;
- 3) 7 dni – jeżeli związany był z ciężką lub był spowodowany odbytym porodem.

5.

Maksymalna wysokość świadczenia Allianz z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w 12-miesięcznych okresach ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Allianz z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, 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 180 dni, Allianz wypłaci świadczenie w podwójnej wysokości w stosunku do ustalonego dla niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

6.

Allianz zastrzega sobie prawo do nieuwzględnienia przy ustalaniu wysokości świadczenia dni objętych przepustką w trakcie pobytu w szpitalu.

§3

Ustalenie i wypłata świadczenia

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością w ramach niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia na formularzu Allianz oraz dołączyć następujące dokumenty:

- 1) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
- 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
- 3) opis okoliczności wypadku – w przypadku zdarzeń będących następstwem wypadku;
- 4) notatkę policyjną – w przypadku zawiadomienia policji;
- 5) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz po wpływie zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

§4

Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje niżej wymienionych przypadków i Allianz jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zdarzenia obejmowanego ochroną na podstawie niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

- 1) działania Ubezpieczonego 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 w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
- 5) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których:
 - a) Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - b) Ubezpieczony kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych;
- 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 7) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
- 8) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górską lub skałkowa, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
- 9) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych;
- 10) 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;
- 11) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem;

- 12) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności;
- 13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia;
- 14) kłęski żywiołowej ogłoszonej przez odpowiednie organy administracji państwowej.

2.

Allianz jest zwolnione od odpowiedzialności jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu związany był bezpośrednio lub pośrednio z:

- 1) wadami wrodzonymi lub schorzeniami związanymi z wadami wrodzonymi;
- 2) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której leczenie to było prowadzone."

2.

Do §1 ust. 2 o.w.u. dodaje się pkt 38) o następującym brzmieniu:

„38) EWKA – system Elektronicznej Weryfikacji Klientów Allianz za pośrednictwem, którego placówki medyczne mają możliwość weryfikacji świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku nr 1 do o.w.u., świadczeń wynikających z warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej wymienionych w załączniku nr 3 i warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii wymienionych w załączniku nr 4, 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 Allianz.”

3.

§2 ust 2, pkt 1) o.w.u. otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1) pokryciu kosztów świadczeń zdrowotnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej określonych w załączniku nr 1 do o.w.u., udostępnionych Ubezpieczonemu w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego i wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz za pośrednictwem infolinii medycznej/Centrum Świadczeń Medycznych:

- a) zorganizowanych za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz;
- b) zorganizowanych samodzielnie przez Ubezpieczonego w placówkach medycznych posiadających system EWKA i realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz Ubezpieczonych;”

4.

§17 ust. 1 o.w.u. otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„Allianz w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia organizuje Ubezpieczonym świadczenia zdrowotne, wymienione w załączniku nr 1, we wskazanych za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz placówkach medycznych lub organizuje konsultacje lekarskie zamawiane przez Ubezpieczonego za pośrednictwem strony www.zdrowotne.allianz.pl zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i dokumentach do niego dołączonych wariantem ubezpieczenia.”

5.

Do §20 ust. 9, dodaje się pkt 5) o następującym brzmieniu:

„5) dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku lub choroby

6.

§20 ust. 11 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„W przypadku dodatkowych umów ubezpieczenia wymienionych w ust. 9 pkt 2)-5) wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia został wskazany w odpowiednich dodatkowych umowach ubezpieczenia.”

7.

§20 ust. 12 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„Dokumenty, o których mowa w ust. 10 oraz wskazane w dodatkowych umowach ubezpieczenia należy złożyć w oryginalne lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez jedną z niżej wymienionych osób:

- 1) pracownika instytucji wystawiającej dany dokument;
- 2) notariusza;
- 3) pracownika działu kadr, kadry kierowniczej lub księgowości Ubezpieczającego;

- 4) osobę obsługującą polisę u Ubezpieczającego;
- 5) przedstawiciela Allianz.

8.

Rozdział II, liczba porządkowa 3 Załącznika nr 1 do o.w.u. otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„W celu rezerwacji świadczeń zdrowotnych, wymienionych w niniejszym załączniku Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z infolinią medyczną pod numerem 22 567 67 68 lub zamówić rezerwację konsultacji lekarskiej za pośrednictwem strony www.zdrowotne.allianz.pl, lub samodzielnie umówić świadczenie w placówce medycznej posiadającej system EWKA.”

§2

Zmianie ulegają zapisy dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu rehabilitacji medycznej w sposób następujący:

1.

§ 1 pkt. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Allianz, polegające na wystąpieniu konieczności wykonania u Ubezpieczonego świadczeń rehabilitacyjnych w okresie ochrony świadczonej przez Allianz na podstawie niniejszej dodatkowej umowy.”

2.

§2 ust 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„Odpowiedzialność Allianz w zakresie dodatkowej umowy ubezpieczenia, w stosunku do Ubezpieczonego polega na pokryciu kosztów świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych na rzecz Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz:

- a) zorganizowanych w placówkach medycznych za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz;
- b) zorganizowanych samodzielnie przez Ubezpieczonego w placówkach medycznych posiadających system EWKA i realizujących świadczenia rehabilitacyjne na rzecz Ubezpieczonych wykonywanych na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego w okresie ochrony świadczonej przez Allianz.”

3.

§ 4 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„Allianz nie organizuje i nie pokrywa kosztów zabiegów rehabilitacyjnych powstałych z tytułu lub w następstwie:

- 1) wskazań estetycznych i kosmetycznych (niezależnie od powodów ich wykonania);
- 2) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi.”

§3

§ 2 pkt. 2 dodatkowej umowy ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego z zakresu stomatologii otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„Odpowiedzialność Allianz w zakresie dodatkowej umowy ubezpieczenia, w stosunku do Ubezpieczonego polega na pokryciu kosztów leczenia z zakresu stomatologii (usługi i kosztów materiałów) określonych w załączniku nr 4, udostępnionych Ubezpieczonemu w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz, z zachowaniem postanowień § 4 ust. 3:

- a) zorganizowanych w placówkach medycznych za pośrednictwem infolinii medycznej Allianz;
- b) zorganizowanych samodzielnie przez Ubezpieczonego w placówkach medycznych posiadających system EWKA i realizujących leczenie stomatologiczne na rzecz Ubezpieczonych.”

§4

Powyższe zmiany zostały przyjęte uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 12/2014 z dnia 12.03.2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 11.04.2014 roku.



Witold Jaworski
Prezes Zarządu



Piotr Dzikiewicz
Wiceprezes Zarządu



Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu



Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu



Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu