

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

# ALLIANZ BEST DOCTORS ŻYCIE








# SPIS TREŚCI

§ 1	Postanowienie ogólne . . . . .	5
§ 2	Słowniczek	
	Jakich wyrażen używamy w owu oraz jak je rozumiemy . . . . .	5
§ 3	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	
	Co chronimy i w jakim zakresie. . . . .	5
§ 4	Suma ubezpieczenia	
	Czym jest i gdzie wskazujemy jej wysokość. . . . .	5
§ 5	Wiek Ubezpieczonego	
	Ile lat może mieć Ubezpieczony w chwili zawierania umowy . . . . .	5
§ 6	Zawarcie umowy	
	W jaki sposób możesz zawrzeć umowę . . . . .	5
§ 7	Czas trwania naszej odpowiedzialności	
	Od kiedy i jak długo chronimy Ubezpieczonego . . . . .	5
§ 8	Odstąpienie od umowy	
	Kiedy i jak możesz odstąpić od umowy . . . . .	5
§ 9	Wypowiedzenie umowy	
	Kiedy i jak możesz wypowiedzieć umowę . . . . .	6
§10	Kontynuacja umowy	
	W jaki sposób umowa może zostać przedłużona na kolejny rok. . . . .	6
§11	Składka	
	Co wpływa na wysokość składki i kiedy należy ją wpłacać . . . . .	6
§12	Wyłączenia odpowiedzialności	
	Kiedy nie ponosimy odpowiedzialności za śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku . . . . .	6
§13	Uposażony	
	Komu wypłacimy świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego . . . . .	6
§14	Wypłata świadczenia	
	Co zrobić, żeby otrzymać świadczenie. . . . .	7
§15	Obowiązki informacyjne Allianz	
	O czym będziemy Cię informować . . . . .	7
§16	Ubezpieczenie na cudzy rachunek	
	Jakie są zasady, jeśli to nie ty jesteś Ubezpieczonym . . . . .	7
§17	Reklamacje	
	Kto, gdzie i w jaki sposób może je złożyć . . . . .	7
§18	Ochrona danych osobowych	
	Co dzieje się z danymi, które zostały nam przekazane . . . . .	8
§19	Postanowienia końcowe	
	Czyli wszystko, co jeszcze jest ważne. . . . .	8
	Załącznik nr 1 – Tabela limitów . . . . .	9
	Załącznik nr 2 – Warunki Allianz Best Doctors . . . . .	10
	Załącznik o opodatkowaniu świadczeń do umów ubezpieczenia na życie . . . . .	16

# WAŻNE INFORMACJE

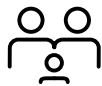
Dokument, który masz przed sobą to Ogólne warunki ubezpieczenia na życie **Allianz Best Doctors Życie** (dalej: OWU). Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia, przeczytaj ten dokument.

## ZNAJDZIESZ TU INFORMACJE O TYM:

-  co obejmuje i czego nie obejmuje nasze ubezpieczenie
-  jak długo trwa ochrona
-  jakie dokumenty są potrzebne, aby uzyskać świadczenie
-  jakie zmiany możesz robić w polisie
-  jakie są Twoje i nasze prawa i obowiązki
-  jak możesz się z nami skontaktować
-  co trzeba zrobić, abyśmy zorganizowali świadczenie w ramach Allianz Best Doctors



Gdy piszemy **TY, WŁAŚCICIEL POLISY, UBEZPIECZAJĄCY**, mamy na myśli osobę odpowiedzialną za płacenie składki.




Gdy piszemy **UBEZPIECZONY**, mamy na myśli osobę, której życie i zdrowie chronimy.



Gdy piszemy **MY**, mamy na myśli siebie, czyli Allianz.

Jeśli masz pytania skontaktuj się z nami:

 **224 224 224** [allianz.pl](https://allianz.pl)

# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ALLIANZ BEST DOCTORS ŻYCIE

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

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER POSTANOWIENIA Z OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ALLIANZ BEST DOCTORS ŻYCIE</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §14 Załącznik nr 2: §2, §3, §5, §6, §7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2, §3, §4, §12 Załącznik nr 2: §2, §3, §4, §5, §6, §7

## § 1 POSTANOWIENIE OGÓLNE

Dokument, który masz przed sobą to Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Allianz Best Doctors Życie (dalej: OWU), które określają zakres i warunki umowy ubezpieczenia (dalej: umowa) zawartej pomiędzy Tobą a nami.

## § 2 SŁOWNICZEK

JAKICH WYRAŻEŃ UŻYWAMY W OWU ORAZ JAK JE ROZUMIEMY

- 1) **Allianz (my)** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A.,
- 2) **Działanie pod wpływem alkoholu** – działanie Ubezpieczonego, gdy zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do:
  - a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub
  - b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1dm<sup>3</sup>,
- 3) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień, w którym rozpoczyna się nasza odpowiedzialność z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia przez Ciebie składki; ochrona ubezpieczeniowa w zakresie świadczeń ujętych w Załączniku nr 2 rozpoczyna się po okresie karencji,
- 4) **Karencja** – okres, w którym wyłączaamy lub ograniczamy naszą odpowiedzialność,
- 5) **Polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie umowy,
- 6) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- 7) **Składka** – składka z tytułu umowy, którą opłacasz cyklicznie. Wysokość składki i termin jej opłacania znajdziesz w polisie lub aneksie do polisy,
- 8) **Suma ubezpieczenia** – kwota, na podstawie której ustalimy wysokość świadczenia jeśli wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe,
- 9) **Ubezpieczający (Ty, właściciel polisy)** – osoba fizyczna lub prawna, która zawiera z nami umowę i zobowiązuje się opłacać składkę,
- 10) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko, którego życie i zdrowie chronimy. W dalszej części ubezpieczone dziecko nazywamy również Ubezpieczonym,
- 11) **Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie chronimy w ramach umowy,
- 12) **Umowa ubezpieczenia (umowa)** – umowa zawarta pomiędzy Tobą a nami na podstawie OWU,
- 13) **Uposażony** – osoba, którą wyznacza Ubezpieczony i która otrzyma sumę ubezpieczenia lub jej część (o ile osób wyznaczonych przez Ubezpieczonego jest więcej niż jedna) w przypadku jego śmierci,
- 14) **Uposażony zastępczy** – osoba, którą wyznacza Ubezpieczony i która otrzyma sumę ubezpieczenia lub jej część (o ile osób wyznaczonych przez Ubezpieczonego jest więcej niż jedna) w przypadku jego śmierci, jeśli nie ma uposażonych,
- 15) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które spełnia wszystkie poniższe kryteria:
  - a) nie zależało od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego,
  - b) wywołała je przyczyna zewnętrzna (pochodząca spoza organizmu Ubezpieczonego) o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
  - c) nastąpiło w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy,
  - d) skutki zdarzenia ubezpieczeniowego pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która je wywołała,
- 16) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku, zgłoszona przez Ubezpieczonego w trakcie okresu ochrony potrzeba:
  - a) skorzystania ze świadczenia Second Medical Opinion service, zdefiniowanego w Załączniku nr 2 lub
  - b) leczenia za granicą zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, wedle rozumienia zdefiniowanego w Załączniku nr 2.

## § 3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

CO CHRONIMY I W JAKIM ZAKRESIE



1. Obejmujemy ochroną ubezpieczeniową życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
  - 1) śmierć Ubezpieczonego w czasie trwania ochrony,
  - 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku – jeśli:
    - a) wypadek wystąpił w okresie ochrony i był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci oraz
    - b) śmierć nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku.
  - 3) zdrowie Ubezpieczonego – szczegółowe informacje znajdziesz w Załączniku nr 2 (Warunki Allianz Best Doctors).

## § 4 SUMA UBEZPIECZENIA

CZYM JEST I GDZIE WSKAZUJEMY JEJ WYSOKOŚĆ

1. Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalimy wysokość świadczenia.
2.
  - 1) W umowie są trzy sumy ubezpieczenia. Dotyczą one:
    - a) śmierci Ubezpieczonego,
    - b) śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku,
    - c) zdrowia Ubezpieczonego.
  - 2) Sumy ubezpieczenia dla zdarzeń, które wiążą się ze śmiercią Ubezpieczonego, wskazaliśmy w Załączniku nr 1 (Tabela limitów), a w przypadku zdrowia Ubezpieczonego – w Załączniku nr 2.
3. Informacje o tym, co obejmuje ubezpieczenie oraz wysokości sum ubezpieczenia znajdziesz również w polisie lub w aneksie do polisy.

## § 5 WIEK UBEZPIECZONEGO

ILE LAT MOŻE MIEĆ UBEZPIECZONY W CHWILI ZAWIERANIA UMOWY

1. Umowa może zostać zawarta, jeśli:
  - 1) Ubezpieczone dziecko ukończyło 30 dzień życia i nie ukończyło 18 lat lub
  - 2) Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 65 lat.

## § 6 ZAWARCIE UMOWY

W JAKI SPOSÓB MOŻESZ ZAWRZEĆ UMOWĘ

1. Zanim zawrzesz z nami umowę otrzymasz od nas OWU oraz niezbędne formularze i dokumenty. Jeśli nie Ty jesteś Ubezpieczonym, przekaz OWU oraz niezbędne dokumenty Ubezpieczonemu.
2. Umowę zawierasz z nami na podstawie wniosku o ubezpieczenie.
3. Do zawarcia umowy będziemy potrzebowali:
  - 1) prawidłowo wypełnionego wniosku o ubezpieczenie,
  - 2) oświadczenia Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia, które jest częścią wniosku o zawarcie umowy,
  - 3) zaakceptowania przez nas wniosku o zawarcie umowy,
  - 4) opłacenia przez Ciebie składki.
4. Możemy odmówić zawarcia z Tobą umowy.
5. Zawarcie umowy potwierdzimy wystawiając polisę.

## § 7 CZAS TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

OD KIEDY I JAK DŁUGO CHRONIMY UBEZPIECZONEGO



1. Umowę zawieramy z Tobą na rok. Jest to okres ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu umowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki.
3. Po upływie roku umowa może być kontynuowana, jednak nie dłużej niż do ostatniej rocznicy polisy przypadającej przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 85 lat.
4. Nasza ochrona wygasa:
  - 1) gdy upływie okres ubezpieczenia, na jaki została zawarta umowa, chyba że jest kontynuowana na zasadach określonych w §10,
  - 2) z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
  - 3) w dniu, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od umowy,
  - 4) w dniu, w którym otrzymamy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu umowy,
  - 5) gdy minie 30 dni od daty wymagalności pierwszej nie opłaconej przez Ciebie składki, mimo że wystaliśmy Ci wezwanie do zapłaty. Jeśli w terminie 90 dni od daty wymagalności tej składki nadal nie opłacisz zaległości umowa się rozwiąże.

## § 8 ODSTĄPIENIE OD UMOWY

KIEDY I JAK MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD UMOWY



1. Możesz odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym ją z nami zawarłeś. Oświadczenie złóż w formie pisemnej.
2. W ciągu 14 dni zwrócimy Ci składkę. Pomniejszymy ją o kwotę za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

## § 9 WYPOWIEDZENIE UMOWY

KIEDY I JAK MOŻESZ WYPOWIEDZIEĆ UMOWĘ



1. Możesz wypowiedzieć umowę w każdym czasie. Aby to zrobić złóż nam pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu umowy.
2. W ciągu 14 dni zwrócimy Ci składkę. Pomniejszymy ją o kwotę za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

## § 10 KONTYNUACJA UMOWY

W JAKI SPOSÓB UMOWA MOŻE ZOSTAĆ PRZEDŁUŻONA NA KOLEJNY ROK



1. Umowa przedłuża się na następny roczny okres ubezpieczenia – jednak nie dłużej niż do ostatniej rocznicy polisy, która przypada przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 85 lat. Jeśli któraś ze stron – Ty lub my – nie chce, aby umowa była kontynuowana, składa drugiej stronie pisemne oświadczenie w tej sprawie. Każda ze stron ma na to czas przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.
2. W kolejnym rocznym okresie trwania umowy możemy zaproponować Ci nową wysokość składki. Zasady opisujemy w §11 ust. 8 i 9.

## § 11 SKŁADKA

CO WPŁYWA NA WYSOKOŚĆ SKŁADKI I KIEDY NALEŻY JĄ WPŁACAĆ



1. Wysokość składki podajemy w polisie. Składka zależy od wieku Ubezpieczonego oraz aktualnie obowiązujących taryf w dniu zawarcia umowy lub w dniu rocznicy polisy w przypadku propozycji kontynuacji umowy.
2. Możesz optować składkę:
  - 1) rocznie,
  - 2) półrocznie,
  - 3) kwartalnie,
  - 4) miesięcznie.
3. Wybraną przez Ciebie częstotliwość optowania składki oraz terminy zapłaty wskazujemy w polisie.
4. Jeśli nie optasz składki w terminie wskazanym w polisie poinformujemy Cię o tym i o skutkach jej niezapłacenia. Jeśli składka nie zostanie zapłacona w terminie 90 dni od daty wymagalności składki uznamy, że z tym dniem rozwiązujesz z nami umowę.
5. Składkę uznamy za zapłaconą w chwili jej zaksięgowania na wskazanym przez nas rachunku.
6. Wysokość składki znajdziesz w polisie.
7. Wysokość składki w poszczególnych rocznych okresach ubezpieczeniowych jest stała. Pomędzy nimi może się zmienić.
8. Jeśli umowa będzie kontynuowana, możemy zaproponować Ci nową wysokość składki. Propozycję prześlemy Ci przed końcem okresu, na jaki zawarliśmy z Tobą aktualną umowę.
9. Możesz przyjąć lub odrzucić naszą propozycję. Jeśli ją:
  - 1) przyjmiesz – nie musisz nic wysyłać. W takim przypadku uznamy, że zgadzasz się, aby umowa była kontynuowana na nowych zasadach,
  - 2) odrzucisz – doręcz nam najpóźniej na 10 dni przed końcem umowy pisemne oświadczenie o tym, że nie chcesz, aby umowa była kontynuowana.

## § 12 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

KIEDY NIE PONOSIMY ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO ORAZ ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU



1. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu umowy, jeżeli śmierć Ubezpieczonego, była spowodowana:
  - 1) samobójstwem, samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Ubezpieczonego – dokonanym w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy,
  - 2) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego oraz przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
  - 3) czynnym i niezgodnym z prawem udziałem Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach lub zamieszkach.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu umowy, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku była spowodowana:
  - 1) działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,

- 2) wypadkiem lotniczym, chyba że Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierowcą zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
- 3) zdarzeniami, które powstały w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu będącego umyślnym przestępstwem,
- 4) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywaniem na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnym i niezgodnym z prawem udziałem Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnym i niezgodnym z prawem udziałem Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnym i niezgodnym z prawem udziałem ubezpieczonego w aktach terroru,
- 5) uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej takich jak: 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,
- 6) uczestnictwem Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdu silnikowego – także podczas jazd próbnych lub testowych,
- 7) działaniem energii jądrowej, promieniowaniem radioaktywnym lub polem elektromagnetycznym w zakresie szkodliwym dla człowieka, chyba że jest to terapia, którą zalecił lekarz,
- 8) poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem,
- 9) zatruciem Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku,
- 10) próbą samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał w wyniku wypadku,
- 11) chorobami somatycznymi, takimi jak zawał serca, udar mózgu, napad epileptyczny, stan drgawkowy lub zaburzenie świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek,
- 12) chorobami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
- 13) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień lub pojazdu, który nie został dopuszczony do ruchu – jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

## § 13 UPOSAŻONY

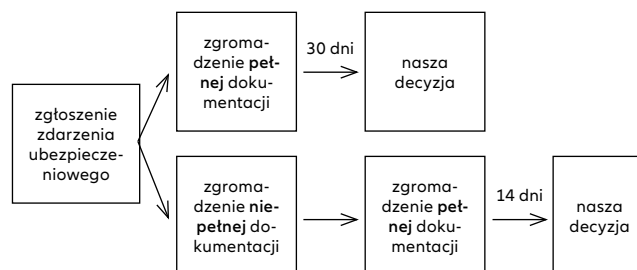
KOMU WPŁACIMY ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO



1. Wypłata świadczenia przysługuje wskazanemu Uposażonemu lub Uposażonym, a w przypadku ich braku lub utraty przez nich prawa do świadczenia, Uposażonym zastępczym.
2. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego podczas zawarcia umowy oraz w każdym czasie jej trwania.
3. Ubezpieczony może zmienić lub odwołać Uposażonego lub Uposażonego zastępczego w każdym czasie trwania umowy. Jeśli Ubezpieczony chce to zrobić, powinien przekazać nam oświadczenie o zmianie Uposażonego lub Uposażonego zastępczego. Zmiana będzie obowiązywać od dnia, w którym oświadczenie do nas wpłynęło.
4. Jeżeli Ubezpieczony wyznaczy kilku Uposażonych, powinien wskazać udział procentowy każdego z nich. Jeśli tego nie zrobi, przyjmiemy, że udziały tych osób są równe.
5. Jeśli Ubezpieczony wskaże udziały procentowe, które nie równają się 100, przyjmujemy, że udziały tych osób są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji.
6. Jeżeli jeden z kilku Uposażonych umrze przed Ubezpieczonym, udziały tego Uposażonego przypadną pozostałym Uposażonym, proporcjonalnie do ich udziału.
7. Jeśli Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonych ani Uposażonych zastępczych lub osoby te zmarły przed Ubezpieczonym, wypłata

świadczenia będzie przysługiwać bliskim Ubezpieczonego w następującej kolejności:

- 1) współmatronkowi,
  - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli nie ma on współmatronka,
  - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli nie ma on dzieci ani współmatronka,
  - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli nie ma on rodziców, dzieci ani współmatronka,
  - 5) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeśli nie ma on rodzeństwa, rodziców, dzieci ani współmatronka.
8. Jeśli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do wypłaty świadczenia.



## § 14 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

CO ZROBIĆ, ŻEBY OTRZYMAĆ ŚWIADCZENIE



1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku należy nas o tym powiadomić.
2. Jeśli to nie Ty zgłosisz śmierć Ubezpieczonego lub śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku, poinformujemy Cię o otrzymanej informacji o śmierci Ubezpieczonego lub śmierci w wyniku wypadku w ciągu 7 dni od dnia jej otrzymania. Jednocześnie podejmemy działania, które są konieczne, aby ustalić stan faktyczny (tego, co się zdarzyło i w jakich okolicznościach), zasadność roszczeń oraz wysokość wypłaty świadczenia.
3. Jeżeli będzie to konieczne do rozpatrzenia roszczenia, o potrzebnych dokumentach poinformujemy również osobę, która wystąpi z wnioskiem o wypłatę świadczenia. Zrobimy to pisemnie lub w innej formie, jeśli ta osoba się na nią zgodziła.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego osoba, która składa wniosek o wypłatę świadczenia powinna nam przekazać:
  - 1) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia,
  - 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
  - 3) dokument tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku, osoba która składa wniosek o wypłatę świadczenia powinna nam przekazać:
  - 1) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia,
  - 2) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
  - 3) dokument tożsamości osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,
  - 4) zaświadczenie, które stwierdza przyczynę zgonu (kartę statystyczną lub zaświadczenie lekarskie),
  - 5) opis okoliczności wypadku,
  - 6) protokół badania sekcijnego, jeśli było ono wykonane,
  - 7) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia lub śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania, które jest jeszcze w toku, a które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
  - 8) jeśli zgon nastąpił w wyniku wypadku przy pracy – protokół BHP,
  - 9) jeśli zgon nastąpił w wyniku wypadku komunikacyjnego – notatkę policyjną, prawo jazdy, dowód rejestracyjny.
6. Jeśli będzie to konieczne, możemy poprosić o inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia naszych zobowiązań.
7. Świadczenie wypłacimy w ciągu 30 dni od wpływu do nas zgłoszenia o śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku.
8. Mamy prawo przesunąć termin wypłaty świadczenia. Zrobimy to, jeśli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności, które są konieczne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia. W takim przypadku świadczenie wypłacimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jeśli część świadczenia będzie bezsporna, wypłacimy ją w ciągu 30 dni od otrzymania informacji o śmierci Ubezpieczonego.
9. Jeśli nie wypłacimy świadczenia lub wypłacimy je w niepełnej wysokości, pisemnie (lub w innej formie, jeśli ta osoba się zgodziła) poinformujemy osobę, która wystąpiła z roszczeniem:
  - 1) o tym, że nie wypłacimy świadczenia lub wypłacimy je w niepełnej wysokości,
  - 2) o tym, na jakiej podstawie podjęliśmy taką decyzję,
  - 3) o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

## § 15 OBOWIĄZKI INFORMACYJNE ALLIANZ

O CZYM BĘDZIEMY CIĘ INFORMOWAĆ

1. Jeśli Ty i my zdecydujemy się na zmianę warunków umowy lub dojdzie do zmiany prawa właściwego dla umowy, prześlemy Ci informacje o:
  - 1) zmianach,
  - 2) wpływie tych zmian na wartość świadczeń z umowy.Zrobimy to, zanim zmiany wejdą w życie – pisemnie, a jeśli się na to zgodzisz, elektronicznie lub na innym trwałym nośniku danych.
2. Raz w roku, nie wcześniej niż 10 miesięcy i nie później niż 14 miesięcy od dnia zawarcia umowy, prześlemy Ci informacje o:
  - 1) wysokości świadczeń z tytułu umowy, które Ci przysługują, jeśli wysokość świadczeń zmieni się w trakcie trwania umowy,
  - 2) zmianie sumy ubezpieczenia – jeśli wysokość świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia.Zrobimy to, zanim zmiany wejdą w życie – pisemnie, a jeśli się na to zgodzisz, elektronicznie lub na innym trwałym nośniku danych.

## § 16 UBEZPIECZENIE NA CUDZY RACHUNEK

JAKIE SĄ ZASADY, JEŚLI TO NIE TY JESTEŚ UBEZPIECZONYM

1. Jeśli umowa ma się zmienić na niekorzyść Ubezpieczonego, musi się on na to zgodzić.
2. Jeśli nie jesteś Ubezpieczonym, masz obowiązek przekazać mu:
  - 1) OWU oraz dokumenty, które otrzymasz od nas przed zawarciem umowy – zrób to przed zawarciem umowy,
  - 2) informacje, o których mowa w §15 ust. 1 – zrób to, zanim wyrazisz zgodę na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy,
  - 3) informacje, o których mowa w §15 ust. 2 – zrób to, gdy tylko otrzymasz je od nas.
3. Jeśli Ubezpieczający i Ubezpieczony to nie ta sama osoba, w razie śmierci Ubezpieczającego albo utraty przez niego zdolności do czynności prawnych, jego prawa i obowiązki mogą zostać przyznane Ubezpieczonemu, jeśli Ubezpieczający i Ubezpieczony wyrażą taką wolę we wniosku o zmianę Ubezpieczającego.
4. Wejście przez Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego nastąpi z chwilą śmierci Ubezpieczającego po okazaniu nam odpisu aktu jego zgonu.

## § 17 REKLAMACJE

KTO, GDZIE I W JAKI SPOSÓB MOŻE JE ZŁOŻYĆ

1. Jeśli Ty lub Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony zastępczy, osoba uprawniona z umowy chcesz złożyć reklamację związaną ze świadczeniami przez nas usługami – możecie to zrobić w każdej z naszych jednostek obsługujących klientów oraz pod adresem naszej siedziby (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:
  - 1) w formie pisemnej – osobiście, w każdej z naszych jednostek obsługujących klientów lub pod adresem naszej siedziby, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub postańca,
  - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w naszej jednostce obsługującej klientów lub pod adresem naszej siedziby,
  - 3) w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl) lub za pomocą poczty elektronicznej [skargi@allianz.pl](mailto:skargi@allianz.pl).
2. Reklamacja zostanie rozpatrzona przez nasz Zarząd lub osobę przez nas upoważnioną.
3. Rozpatrzmy reklamację:
  - 1) bez zbędnej zwłoki, ale nie dłużej niż w ciągu 30 dni,
  - 2) w ciągu 60 dni – w przypadkach szczególnie skomplikowanych, jeśli 30 dni to za mało, wówczas prześlemy informację

o przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi. Wskażemy też przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

4. Odpowiedzi na reklamację udzielimy:
  - 1) w formie papierowej lub
  - 2) za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która zgłosiła reklamację.
5. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdziesz na stronie [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl) oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.
6. Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Jeśli jesteś klientem będącym jednocześnie osobą fizyczną, wniosek o rozpatrzenie sprawy możesz złożyć do Rzecznika Finansowego.
8. Zgodnie z art. 37 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym jesteśmy zobowiązani do udziału w pozasądowym postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów, które jest przeprowadzane przez Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej Rzecznika Finansowego – [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)).
9. Pozew lub wniosek o rozpatrzenie sprawy możesz również złożyć do sądu polubownego działającego przy Komisji Nadzoru Finansowego. Rozpatrzenie sprawy przez sąd polubowny wymaga naszej zgody.
10. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy nami a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów – platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz skargi dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

## § 18 OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

CO DZIEJE SIĘ Z DANymi, KTÓRE ZOSTAŁY NAM PRZEKAZANE

1. Jesteśmy administratorem Twoich danych osobowych zbieranych przez nas w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU. Pełną treść klauzuli opisującej zasady na jakich przetwarzamy Twoje dane osobowe otrzymasz przy zawarciu umowy ubezpieczenia. Informacje na temat zasad przetwarzania przez nas danych osobowych dostępne są również na stronie [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl).

## § 19 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

CZYLI WSZYSTKO, CO JESZCZE JEST WAŻNE

1. W sprawach, o których nie piszemy w tych OWU, stosujemy: Kodeks cywilny, ustawę o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa polskiego.
2. Zarówno Ty, jako właściciel polisy, jak i my – Allianz, powinniśmy informować się wzajemnie o zmianie adresu.
3. Ty oraz Ubezpieczony powinniście informować nas o zmianie danych osobowych. Wasze dane są dla nas bardzo ważne! Pamiętaj, żeby dać nam znać, jeśli coś się zmieni.
4. Korespondencję do Ciebie będziemy wysyłać pisemnie lub w innej, uzgodnionej z Tobą formie.
5. Pozew w sprawach, które wynikają z umowy, można złożyć do sądu:
  - 1) według właściwości ogólnej (zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego),
  - 2) właściwego dla siedziby lub miejsca zamieszkania: Twojego, Ubezpiezonego, Uposażonego, Uposażonego zastępczego lub uprawnionego z umowy,
  - 3) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy.
6. Sprawozdanie o naszej wypłacalności i kondycji finansowej umieszczamy na stronie internetowej [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl)/sprawozdania-finansowe oraz udostępniamy w naszej siedzibie.
7. Częścią tej umowy jest Załącznik nr 1 (Tabela limitów) oraz Załącznik nr 2 (Warunki Allianz Best Doctors).
8. OWU zatwierdził nasz zarząd uchwałą nr 47/2018 z dnia 10 lipca 2018 r. Stosujemy je do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 20 lipca 2018 r.

  
VEIT STUTZ  
PREZES ZARZĄDU

  
RADOSŁAW KAMIŃSKI  
WICEPREZES ZARZĄDU

  
KRZYSZTOF WANATOWICZ  
CZŁONEK ZARZĄDU



# DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ALLIANZ BEST DOCTORS ŻYCIE – TABELA LIMITÓW

Wiek Ubezpieczonego: od 30 dni życia do 18 lat

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
Śmierć Ubezpieczonego	6 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku	12 000 zł
Zdrowie Ubezpieczonego	zgodnie z Warunkami Allianz Best Doctors (Załącznik nr 2 do OWU)

Wiek Ubezpieczonego: od 19 lat do 64 lat

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
Śmierć Ubezpieczonego	6 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku	12 000 zł
Zdrowie Ubezpieczonego	zgodnie z Warunkami Allianz Best Doctors (Załącznik nr 2 do OWU)

Wiek Ubezpieczonego: od 65 lat do 84 lat

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
Śmierć Ubezpieczonego	1 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku	2 000 zł
Zdrowie Ubezpieczonego	zgodnie z Warunkami Allianz Best Doctors (Załącznik nr 2 do OWU)

# DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ALLIANZ BEST DOCTORS ŻYCIE – WARUNKI ALLIANZ BEST DOCTORS

## § 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Załącznik, który masz przed sobą to Warunki Allianz Best Doctors (dalej: Warunki), które regulują zakres ochrony zdrowia w ramach umowy, zawartej pomiędzy Tobą, a nami.
2. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach zastosowanie mają postanowienia OWU (Allianz Best Doctors Życie).

## § 2 SŁOWNICZEK

JAKICH WYRAŻEŃ UŻYWAMY W WARUNKACH ORAZ ICH ZNACZENIE

- 1) **Best Doctors** – Best Doctors Services S.L.U. (z siedzibą w Hiszpanii, przy Calle Almagro, nr 36-1, 28010 Madryt), który jest naszym partnerem i któremu powierzyliśmy prowadzenie obsługi procesu organizacji świadczeń wynikających z Warunków Allianz Best Doctors,
- 2) **BDUI** – BDUI Underwriting International S.L.U. spółka (z siedzibą w Hiszpanii, przy Calle del Hortaleza, nr 104, 28004 Madryt), będąca naszym partnerem, która zapewnia organizację usług lub świadczeń medycznych, w tym: Second Medical Opinion service oraz Medical Concierge service,
- 3) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – całodobowa infolinia i telefoniczne centrum zgłoszeniowe. Jest ono dostępne pod numerem 800 365 867. Pod tym numerem Best Doctors przyjmuje zgłoszenia oraz koordynuje organizację świadczeń w ramach Warunków Allianz Best Doctors,
- 4) **Certyfikat leczenia za granicą** – zgoda wydana przez BDUI na pokrycie kosztów leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego w zagranicznej placówce medycznej, którą wybiera Ubezpieczony,
- 5) **Dawca** – żywy człowiek, od którego pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu Ubezpieczonemu,
- 6) **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który:
  - a) jest realizowany w ramach umowy,
  - b) jest niezbędny z medycznego punktu widzenia,
  - c) trwa dłużej niż jeden dzień kalendarzowy bez względu na to, ile czasu w danym dniu trwał pobyt Ubezpieczonego,
- 7) **Leczenie operacyjne** – niezbędny dla poprawy prawidłowej czynności chorego narządu lub organu zabieg chirurgiczny wykonany:
  - a) w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym,
  - b) przez uprawnionego lekarza,
  - c) podczas Hospitalizacji,
- 8) **Lekarz** – osoba, która posiada formalnie potwierdzone kwalifikacje i uprawnienia, zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym prowadzi praktykę zawodową,
- 9) **Lekarz konsultant** – osoba, która:
  - a) ma uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza medycyny,
  - b) praktykuje poza Polską,
  - c) jest uznana za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności, lekarza konsultanta wskazuje Best Doctors,
- 10) **Leki** – każda substancja lub potężenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu, aby go zdiagnozować lub przywrócić, poprawić lub modyfikować fizjologiczne funkcje organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne. Lek jest wydawany wyłącznie na receptę. Za lek uznajemy także lek generyczny, tzn. zamiennik leku oryginalnego, który zawiera te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie,
- 11) **Medical Concierge service** – organizowanie procesu leczenia, który może się składać z następujących etapów:
  - a) wskazanie trzech placówek medycznych, w których możliwe jest przeprowadzenie dalszego leczenia, zaleconego w raporcie eksperta,
  - b) podróż lub transport medyczny,
  - c) zakwaterowanie,
  - d) leczenie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego,
  - e) repatriacja zwłok,
- 12) **Nowotwór** – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych, które wykazują cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie nowotworu jest potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego powinna zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki, w których próbka do badania histopatologicznego została pobrana w okresie ochrony, jeżeli następnie badanie, wykonane nawet po wygaśnięciu ochrony, potwierdzi rozpoznanie nowotworu.  
Za nowotwór uznajemy również:
  - a) białaczkę, chorobę Hodgkina, mięsaka i chłoniaka, jeśli wykazują wyżej wskazane cechy
  - b) raka in situ, w którym rozrost komórek nowotworowych ogranicza się do jednej tkanki danego narządu i nie przekracza jej granicy,
  - c) wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które są sklasyfikowane pod względem cytologicznym lub histologicznym jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka.
 Ubezpieczenie nie obejmuje:
  - a) nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego,
  - b) nowotworów współistniejących z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS), w tym mięsaka Kaposiego,
- 13) **Osoba towarzysząca** – osoba, która podróżuje wraz z Ubezpieczonym i towarzyszy mu w trakcie leczenia lub podróży. Osobę towarzyszącą wskazuje nam Ubezpieczony.
- 14) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia, gabinet medyczny, praktyka lekarska, które działają legalnie poza Polską,
- 15) **Przeszczep od żywego dawcy narządów** – przeszczep Ubezpieczonemu nerki, segmentu wątroby, płata płuca lub fragmentu trzustki.  
Ubezpieczenie nie obejmuje:
  - a) przeszczepu, który musi być wykonany z powodu alkoholowej choroby wątroby,
  - b) przeszczepu, do którego wykorzystuje się komórki macierzyste oraz samoprzeszczepu (autotransplantacji),
  - c) przeszczepu, w którym Ubezpieczony jest dawcą na rzecz osoby trzeciej, nieobjętej naszą umową,
  - d) przeszczepu od zmarłego dawcy,
  - e) przeszczepu, który wiąże się z leczeniem z wykorzystaniem komórek macierzystych,
  - f) przeszczepu narządów kupionych od dawcy narządów,
- 16) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep komórek szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej (PBSCT), jeśli komórki te pochodzą:
  - a) od Ubezpieczonego (przeszczep autologiczny) lub
  - b) od żywego dawcy – w przypadku występowania zgodności w zakresie antygenów zgodności tkankowej (przeszczep allogeniczny),
- 17) **Proteza** – urządzenie, które uzupełnia brakujące części ciała lub narządu,
- 18) **Raport eksperta** – opinia na temat diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego. lekarz konsultant sporządza raport na podstawie dokumentacji medycznej, którą otrzymuje od Ubezpieczonego,
- 19) **Second Medical Opinion service** – proces sporządzania raportu eksperta,
- 20) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, który działa poza Polską. Jego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie całodobowej opieki medycznej.  
Szpitalem nie jest:
  - a) szpital uzdrowiskowy (sanatoryjny),
  - b) szpital rehabilitacyjny,
  - c) sanatorium i uzdrowisko,
  - d) ośrodek pomocy społecznej,
  - e) dom opieki,
  - f) ośrodek leczenia uzależnień,
  - g) hospicjum,

- 21) **Transport medyczny** – odpowiedni ze względu na stan zdrowia transport Ubezpieczonego. Jest on realizowany zgodnie ze wskazaniami lekarza, który go zlecił,
- 22) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie przez nas decyzji o warunkach, na jakich przyjmujemy odpowiedzialność z tytułu umowy. Decyzje podejmujemy na podstawie:
- wniosku o zawarcie umowy,
  - ankiety medycznej,
  - innych dokumentów, o które poprosimy Ubezpieczonego przed zawarciem umowy,
- 23) **Zabieg chirurgiczny** – diagnostyczny lub terapeutyczny zabieg na narządach i tkankach ciała. Jest przeprowadzany z dostępu endoskopowego lub przez nacięcie, wykonywany przez lekarza chirurga w szpitalu, w warunkach sali operacyjnej.
- 24) **Zabieg operacyjny naczyń wieńcowych** – zabieg kardiologiczny, który jest przeprowadzany po konsultacji z lekarzem konsultantem. Polega na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przełyków omijających miejsca zwężenia lub zatoru z użyciem przeszczepów naczyniowych (by-pass). Rozpoznanie jest potwierdzone badaniem angiograficznym. Ubezpieczenie nie obejmuje:
- zabiegu na tętnicach wieńcowych wykonanego od strony światła naczynia, takiego jak angioplastyka, cewnikowanie naczyń oraz zabiegu wykorzystującego techniki laserowe,
  - leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej) przy użyciu techniki innej niż by-pass,
- 25) **Zabieg kardiologiczny wymiany lub naprawy zastawki** – operacja kardiologiczna z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Jej celem jest leczenie nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Polega na wymianie lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania lub naprawy sztucznych zastawek serca u Ubezpieczonego, u którego wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, co zostało potwierdzone wynikami badań hemodynamicznych i echokardiograficznych. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegu, który polega na wymianie lub naprawie zastawki wszczepionej przed rozpoczęciem okresu ochrony ubezpieczeniowej,
- 26) **Zabieg neurochirurgiczny:**
- dowolna operacja chirurgiczna mózgu i/lub innych struktur wewnątrzczaszkowych,
  - leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym,
- 27) **Zdefiniowany poważny stan chorobowy** – zdiagnozowane w okresie ochrony u Ubezpieczonego:
- nowotwór lub

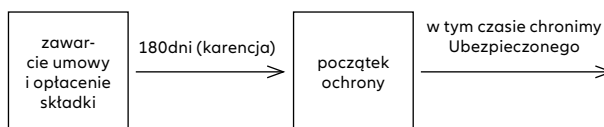
- potrzeba przeprowadzenia zabiegu operacyjnego naczyń wieńcowych, zabiegu kardiologicznego wymiany lub naprawy zastawki, zabiegu neurochirurgicznego, przeszczepu od żywego dawcy narządów lub przeszczepu szpiku kostnego.

### § 3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

CO CHRONIMY I W JAKIM ZAKRESIE

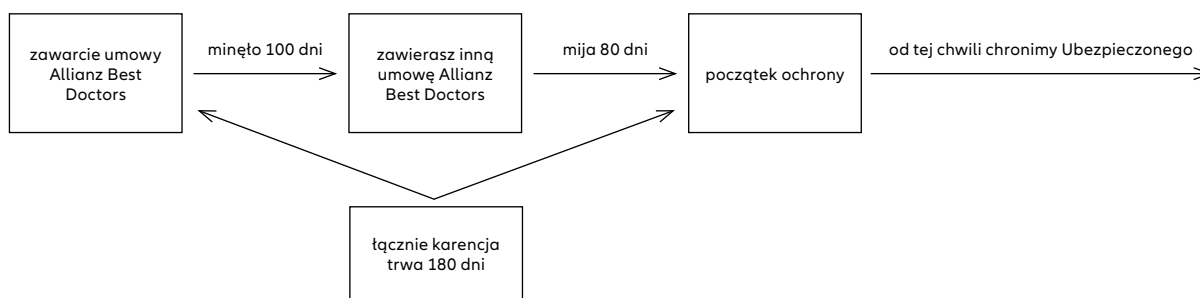


- Obejmujemy ochroną zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakresem ochrony obejmujemy organizację oraz pokrycie kosztów świadczeń wskazanych w ust. 5 i 6 w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych:
  - nowotwór,
  - zabieg operacyjny naczyń wieńcowych,
  - zabieg kardiologiczny wymiany lub naprawy zastawki,
  - zabieg neurochirurgiczny,
  - przeszczep od żywego dawcy narządów lub przeszczep szpiku kostnego.
- Nie bierzemy odpowiedzialności w przypadku:
  - nowotworu, jeżeli został zdiagnozowany po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej lub w okresie karencji,
  - zabiegów operacyjnych wymienionych w ust. 2 pkt 2) – 5), jeżeli choroby będące przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów zostały zdiagnozowane po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej lub w okresie karencji,
- Rozpoczynamy chronić Ubezpieczonego po upływie 180 dni, nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki. Okres ten nazywamy karencją.



- Jeżeli przed zawarciem tej umowy była już wcześniej zawarta umowa Allianz Best Doctors (mogła to być samodzielna umowa Allianz Best Doctors Życie lub umowa dodatkowa Allianz Best Doctors do innej umowy głównej) na rzecz tego samego Ubezpieczonego, okres karencji liczymy od dnia zawarcia pierwszej umowy Allianz Best Doctors. Warunkiem zachowania ciągłości w okresie karencji jest brak przerwy pomiędzy kolejnymi umowami Allianz Best Doctors.

Przykład zachowania ciągłości w okresie karencji:



**Ważne:** pamiętaj o opłaceniu składki i zachowaniu ciągłości pomiędzy kolejnymi umowami Allianz Best Doctors.

#### 5. Second Medical Opinion service.

Jeżeli wystąpi u Ubezpieczonego zdefiniowany poważny stan chorobowy, za pośrednictwem BDUI zapewnimy organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:

- udzielimy Ubezpieczonemu informacji o dokumentacji medycznej niezbędnej do wydania raportu eksperta, a na wniosek Ubezpieczonego zapewnimy pomoc w zebraniu tych dokumentów,
- ponowimy ocenę histopatologiczną zawierającą (o ile będzie to niezbędne) wykonanie ponownych badań tkanek pobranych uprzednio od Ubezpieczonego,
- przetłumaczymy na język obcy zebraną dokumentację medyczną,

- przekażemy przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu,
- zorganizujemy sporządzenie pisemnego raportu eksperta zawierającego:
  - opinię wybranego przez Best Doctors lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia,
  - propozycję planu leczenia zalecanego przez lekarza konsultanta,
  - informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych lekarza konsultanta, który sporządził raport eksperta,
  - przetłumaczenie raportu eksperta na język polski,

- e) dostarczenie przetłumaczonego raportu eksperta Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpiezonego, lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego się znajduje.
- 6) jeśli lekarz konsultant w raporcie eksperta postawi odmienną diagnozę niż diagnoza wynikająca z dotychczasowego leczenia Ubezpiezonego lub z jego dokumentacji medycznej, za pośrednictwem BDUI, zapewnimy organizację i pokrycie kosztów sporządzenia dodatkowej opinii medycznej przez innego lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski. Do sporządzonej dodatkowej opinii medycznej, stosujemy odpowiednio wszelkie postanowienia Warunków dotyczące raportu eksperta.

## 6. Medical Concierge service.

Jeśli raport eksperta potwierdzi wystąpienie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego za pośrednictwem BDUI, zapewnimy organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:

### 1) Informacja o placówkach medycznych

Poinformujemy Ubezpiezonego o maksymalnie trzech placówkach medycznych, w których może zostać przeprowadzona konieczna diagnostyka i dalsze leczenie.

### 2) Koszty leczenia za granicą

- a) Organizujemy i pokryjemy niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty leczenia za granicą zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, który wystąpił u Ubezpiezonego. Odpowiadamy do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w §5.
- b) Koszty leczenia za granicą obejmują:
  - (1) koszty usług związanych z hospitalizacją Ubezpiezonego, w tym:
    - a) zakwaterowania w pokoju, oddziale lub oddziale intensywnej terapii,
    - b) wyżywienia podczas hospitalizacji,
    - c) usług świadczonych przez przychodnię przyszpitalną,
    - d) koszty dodatkowego tóżka związanego z pobytom towarzyszącej w szpitalu, o ile szpital udostępni taką usługę,
    - e) wykonania zabiegów na sali operacyjnej,
    - f) opieki anestezjologicznej obejmującej przygotowanie Ubezpiezonego do znieczulenia, znieczulenie i opiekę nad Ubezpieczonym po zakończeniu znieczulenia,
    - g) leków i środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji,
  - (2) koszty opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji lub opieki ambulatoryjnej Ubezpiezonego,
  - (3) koszty obsługi personelu medycznego zgodnie z zasadami pracy placówki medycznej,
  - (4) koszty zabiegów zleconych przez lekarzy w tym: transfuzję krwi, osocza i płynów dożylnych, iniekcji, terapii tlenowej,
  - (5) koszty radioterapii, chemioterapii,
  - (6) koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez lekarza w tym: badań rentgenowskich, elektrokardiograficznych, ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, angiografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych wymaganych w procesie leczniczym,
  - (7) koszty zakupu niezbędnych leków lub środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza po leczeniu operacyjnym związanym z leczeniem zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego jeżeli zostały zakupione przez Ubezpiezonego w ciągu 30 dni od daty opuszczenia placówki medycznej przed powrotem do Polski (zwracamy Ubezpieczonemu te koszty na zasadach opisanych w §6),
  - (8) koszty transferu i transportu ambulansem naziemnym lub powietrznym, o ile jest zalecony przez lekarza prowadzącego oraz zatwierdzony przez BDUI.
  - (9) w przypadku przeszczepu od dawcy, koszty związane z hospitalizacją dawcy, w tym:
    - a) zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas Hospitalizacji,
    - b) opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas hospitalizacji,
    - c) obsługi personelu medycznego zgodnie z zasadami pracy szpitala,
    - d) wszystkie zlecone przez lekarza badania laboratoryjno-diagnostyczne,
    - e) postępowanie wyjaśniające w celu potwierdzenia potencjalnego dawcy,
    - f) leków i środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji,
    - g) operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego dla Ubezpiezonego,

- h) opieki kooperacyjnej.

## 3) Koszty podróży lub Transportu medycznego

- a) pokryjemy koszty podróży poza granice Rzeczypospolitej Polskiej:
  - (1) Ubezpiezonego,
  - (2) dawcy – w przypadku przeszczepów,
  - (3) osoby towarzyszącej – w przypadku, gdy leczenie dotyczy ubezpiezonego dziecka pokryjemy koszty podróży dwóch osób towarzyszących. Podróż lub transport medyczny dla dwóch osób towarzyszących będzie zorganizowana do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez ubezpieczone dziecko 18 lat.
- Celem podróży jest leczenie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego zatwierdzonego przez nas/BDUI w certyfikacie leczenia za granicą.
- Ustalenia dotyczące organizacji podróży muszą być uzgodnione z BDUI. Nie pokrywamy kosztów podróży poniesionych przez Ubezpiezonego, bądź osobę trzecią w imieniu Ubezpiezonego. Pokryjemy koszty do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w §5,
- b) BDUI bierze odpowiedzialność za ustalenie daty podróży, na podstawie uzgodnionego planu leczenia. Ubezpieczony zostanie poinformowany przez BDUI o dacie podróży. BDUI wyznacza datę podróży w taki sposób, aby Ubezpieczony miał czas na dokonanie ustaleń osobistych,
- c) jeżeli Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z nami lub z BDUI, zmieni datę podróży, będzie zobowiązany do zwrotu BDUI i/lub nam wszystkich kosztów organizacji i zapewnienia odpowiednich warunków podróży, poniesionych wskutek dokonanej przez Ubezpiezonego zmiany terminu podróży,
- d) koszty podróży obejmują:
  - (1) transport Ubezpiezonego z jego miejsca pobytu na wyznaczone lotnisko lub dworzec kolejowy, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport,
  - (2) bilet kolejowy lub lotniczy klasy ekonomicznej do miasta docelowego miejsca leczenia oraz transport do wyznaczonego hotelu,
  - (3) transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala na lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy,
  - (4) bilet kolejowy lub lotniczy klasy ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu Ubezpiezonego.

## 4) Koszty zakwaterowania

- a) organizujemy i pokrywamy koszty zakwaterowania:
  - (1) Ubezpiezonego,
  - (2) dawcy – w przypadku przeszczepów,
  - (3) osoby towarzyszącej – w przypadku, gdy leczenie dotyczy ubezpiezonego dziecka pokryjemy koszty zakwaterowania dwóch osób towarzyszących. Zakwaterowanie dla dwóch osób towarzyszących będzie zorganizowana do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez ubezpieczonego dziecko 18 lat.
- Organizujemy i pokrywamy koszty zakwaterowania jeżeli są związane z leczeniem za granicą zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, który wystąpił u Ubezpiezonego. Ustalenia dotyczące zakwaterowania muszą zostać potwierdzone przez BDUI. Pokrywamy koszty do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w §5,
- b) BDUI bierze odpowiedzialność za ustalenie dat rezerwacji zakwaterowania na podstawie planu leczenia. Ubezpieczony zostanie poinformowany przez BDUI o dacie podróży. BDUI wyznacza datę podróży w taki sposób, aby Ubezpieczony miał czas na dokonanie ustaleń osobistych. Na podstawie harmonogramu leczenia BDUI wskaże również datę powrotu. Lekarz prowadzący wyda opinię czy Ubezpieczony zdolny jest do podróży powrotnej,
- c) jeżeli Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z nami lub BDUI, zmieni terminy rezerwacji lub lokalizację zakwaterowania, Ubezpieczony będzie zobowiązany do zwrotu nam lub BDUI wszystkich kosztów poniesionych wskutek dokonanej przez Ubezpiezonego zmiany (również związanymi z organizacją i zapewnieniem nowych warunków zakwaterowania),
- d) w ramach zakwaterowania w hotelu o standardzie trzy- lub czterogwiazdkowym BDUI zapewnia rezerwację pokoju dwuosobowego wraz z zapewnieniem śniadania. Wybór hotelu uzależniony jest od dostępności oraz odległości od szpitala lub lekarza prowadzącego (odległość nie większa niż 10 km),
- e) Nie pokrywamy kosztów dodatkowych posiłków oraz innych kosztów związanych z pobytem w hotelu. Podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe.

**5) Koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub dawcy**  
Organizujemy oraz pokrywamy koszty repatriacji zwłok do miejsca pochówku na terenie Polski, jeżeli Ubezpieczony lub dawca zmarł podczas leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego. Koszty te obejmują między innymi zakup trumny przewozowej i balsamowanie zwłok,

**6) Zwrot kosztów zakupu leków po powrocie do Polski**

- a) Jeżeli Ubezpieczony był hospitalizowany poza granicami Polski w ramach świadczeń z tytułu Warunków Allianz Best Doctors, dłużej niż 3 dni, BDUI refunduje Ubezpieczonemu koszty poniesione na zakup leków. BDUI robi to, gdy Ubezpieczony wróci do Polski,
- b) Zwrot kosztów zakupu leków dotyczy:
- 1) leków zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie poza granicami Polską, jako niezbędna kontynuacja prowadzonego leczenia Ubezpieczonego,
  - 2) leków dopuszczonych do obrotu na terytorium Polski,
  - 3) leków przepisanych na receptę przez lekarza pracującego na terytorium Polski,
  - 4) leków dostępnych do nabycia i zakupionych na terenie Polski,
  - 5) leków przepisanych na jednej receptce, których dawka pozwala na ich przyjmowanie nie dłużej niż przez okres 2 miesięcy,
- c) Zwrot kosztów zakupu leków nie obejmuje:
- 1) leków, których zakup jest w całości refundowany w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia lub których koszty zakupu pokrywa ubezpieczenie w ramach jakiegokolwiek innej polisy ubezpieczeniowej posiadanej przez Ubezpieczonego,
  - 2) procedur medycznych związanych z podawaniem leków,
  - 3) leków zakupionych poza granicami Polski,
  - 4) leków, za które recepty, faktury lub inne dowody zakupu otrzymaliśmy po upływie 180 dni, których udokumentowanie zakupu (faktury/ rachunki) Ubezpieczony przekaże do nas lub do BDUI po upływie 180 dni od daty zakupu,
- d) Aby Ubezpieczony otrzymał zwrot poniesionych kosztów zakupu leków, powinien przekazać nam kopię recepty, fakturę lub inny dowód zakupu oraz dowód zapłaty. Ma na to 180 dni. Możemy poprosić również o inne dokumenty, które są nam potrzebne, abyśmy mogli rzetelnie rozpatrzyć zgłoszenie.
- e) Jeżeli Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne ubezpieczenie częściowo zrefundowały zakup leków, Ubezpieczony jest zobowiązany wyraźnie zaznaczyć to w zgłoszeniu i wyszczególnić zrefundowane koszty.

**7) Dzielne świadczenie szpitalne**

Wypłacimy Ubezpieczonemu dzielnne świadczenie szpitalne za każdy pełny dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt ten:

- 1) był związany z leczeniem zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego,
- 2) został zatwierdzony przez BDUI na podstawie certyfikatu leczenia za granicą.

Odpowiadamy do wysokości określonej w §5, z uwzględnieniem limitów określonych w tym samym paragrafie.

## § 4 WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

KIEDY NIE PONOSIMY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli wystąpienie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego wynika z:
  - 1) chorób zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych, lub jeżeli z ich powodu rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze lub jeżeli lekarz stwierdził ich objawy w okresie 10 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy lub w okresie karencji,
  - 2) choroby zawodowej w rozumieniu Kodeksu pracy z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych,
  - 3) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków, których nie przepisał lekarz lub użytych niezgodnie z jego zaleceniem albo ich przeznaczeniem,
  - 4) choroby będącej następstwem spożywania alkoholu,
  - 5) samobójstwa lub próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności,
  - 6) zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego lub zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),

- 7) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
- 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- 9) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,
- 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu, jeżeli stan techniczny pojazdu wpłynął na wystąpienie zdarzenia,
- 11) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych działań w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

2. Nie ponosimy odpowiedzialności za:

- 1) organizację i pokrycie kosztów świadczeń dostępnych w ramach Medical Concierge service, jeżeli wcześniej nie został sporządzony dla Ubezpieczonego raport eksperta, organizację i pokrycie kosztów leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego na terytorium Polski, za wyjątkiem świadczenia zwrotu kosztów zakupu leków po powrocie do Polski, o którym mowa w §3 ust. 6. pkt 6), organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego poza granicami Polski, jeżeli:
  - a) w ciągu 12 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia Ubezpieczony przebywał poza Polską więcej niż przez 183 dni kalendarzowych, lub
  - b) Ubezpieczony nie może być uznany za osobę, która mieszka na stałe w Polsce,
- 2) organizację i pokrycie kosztów leczenia w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym), szpitalu rehabilitacyjnym, sanatorium lub uzdrowisku, ośrodku pomocy społecznej, domu opieki, ośrodku leczenia uzależnień, hospicjum,
- 3) pokrycie kosztów zakupu:
  - a) protez,
  - b) implantów,
  - c) sztucznych narządów lub organów,
  - d) soczewek,
  - e) urządzeń korygujących (okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych),
  - f) urządzeń ortopedycznych (w tym obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul, wózków inwalidzkich, łóżka rehabilitacyjnego),
  - g) materiałów opatrunkowych,
  - h) peruki

Pokrywamy koszty zakupu:

- a) protez piersiowych z powodu mastektomii,
  - b) sztucznych zastawek serca
- jeżeli były związane z leczeniem przeprowadzonym w ramach Allianz Best Doctors.
- 4) pokrycie kosztów zakupu leków i środków opatrunkowych dostępnych bez recepty lub zakupionych poza apteką,
  - 5) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otepiennych, które wywołała starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od tego, jaka była ich przyczyna i stan zaawansowania,
  - 6) organizację i pokrycie kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego, nawet jeśli zostało przepisane lub zalecane przez lekarza podczas leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego,
  - 7) organizację i pokrycie kosztów leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej naukowo i medycznie skuteczności i bezpieczeństwie,
  - 8) organizację i pokrycie kosztów leczenia nowotworu lub przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, wymienionego w §3 ust. 2 pkt 2), 3), 4), jeśli zalecanym w raporcie eksperta sposobem ich leczenia jest przeszczep narządu,
  - 9) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych, które spowodował przeszczep, za wyjątkiem leczenia nowotworu,
  - 10) organizację i pokrycie kosztów leczenia chorób, które spowodował przeszczep narządu, za wyjątkiem przypadków, w których dana choroba została zakwalifikowana jako zdefiniowany poważny stan chorobowy,
  - 11) pokrycie kosztów:
    - a) tłumacza i tłumaczenia, za wyjątkiem tłumaczenia związanego ze świadczeniem usług medycznych w trakcie leczenia

- za granicą oraz za wyjątkiem przetłumaczenia dokumentacji medycznej w ramach Second Medical Opinion service,
- b) opłat telefonicznych, za wyjątkiem kontaktu, który my lub BDUI podejmujemy z Ubezpieczonym,
  - c) zakupu przedmiotów użytku osobistego,
  - d) usług świadczonych osobie towarzyszącej i/lub dawcy, za wyjątkiem świadczeń objętych ubezpieczeniem wymienionych w §3,
- 12) organizację i pokrycie kosztów znalezienia dawcy,
  - 13) organizację i pokrycie kosztów leczenia w przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej,
  - 14) organizację i pokrycie kosztów poniesionych przed wystawieniem certyfikatu leczenia za granicą, o którym mowa w §6 ust. 11,
  - 15) kosztów poniesionych w innych placówkach medycznych niż placówka wskazana w certyfikacie leczenia za granicą,
  - 16) organizację i pokrycie kosztów świadczeń dostępnych w ramach Medical Concierge service w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie spełnia wymogów wizowych kraju, w którym ma siedzibę placówka medyczna.
3.
    - 1) Nie odpowiadamy za medyczną poprawność raportu eksperta ani za skutki zastosowania jego wskazań przez Ubezpieczonego. To Ubezpieczony podejmuje ostateczną decyzję o leczeniu za granicą.
    - 2) Nie odpowiadamy za skuteczność ani wyniki leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego.
  4. Organizujemy i pokrywamy koszty usług, które wskazujemy w umowie. Na ich zakres nie wpływa rozmiar:
    - 1) doznanych krzywd,
    - 2) cierpień,
    - 3) bólu.

Zawarta między Tobą a nami umowa, nie jest podstawą do zadośćuczynienia za doznane krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub moralne, które są skutkiem zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, jak również za straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego.

## § 5 SUMA UBEZPIECZENIA

DO JAKIEJ WYSOKOŚCI ODPOWIADAMY I JAKIE SĄ LIMITY NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ponosimy odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w poniższej tabeli:

Opis świadczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem limitów na poszczególne świadczenia
1. Całkowita odpowiedzialność z tytułu umowy (w tym koszty podróży lub transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok, koszty zakupu leków, koszty dziennego świadczenia szpitalnego)	1 000 000 euro w roku polisowym (łączny limit na świadczenia dotyczące Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej oraz dawcy)
a) Koszty podróży lub transportu medycznego	w granicach rocznego limitu, wskazanego w punkcie 1. powyżej
b) Koszty zakwaterowania	w granicach rocznego limitu, wskazanego w punkcie 1. powyżej
c) Repatriacja zwłok do miejsca pochówku na terenie Polski	w granicach rocznego limitu, wskazanego w punkcie 1. powyżej
d) Zwrot kosztów zakupu leków po powrocie do Polski	50 000 euro – górna granica odpowiedzialności (łączny limit na świadczenie dotyczące Ubezpieczonego)
e) Dzielne świadczenie szpitalne	100 euro za każdy dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie do 60 dni w ramach leczenia danego zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego

2. Suma ubezpieczenia odnosi się do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych, które miały miejsce w danym roku polisowym.
3. Jeżeli przedłużysz umowę na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, suma ubezpieczenia w całym życiu Ubezpieczonego będzie wynosiła 2 000 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń objętych ochroną (łączny limit dla Ubezpieczonego, osoby towarzyszącej oraz dawcy).
4. Suma ubezpieczenia oraz limity w euro przeliczamy na waluty, w których poniesiono dany koszt. Do przeliczenia stosujemy średni kursu NBP z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających dzień, w którym koszty zostały poniesione.

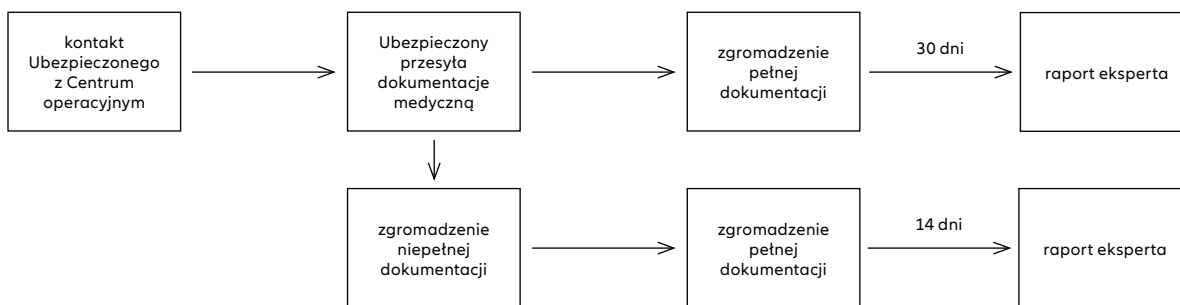
## § 6 WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ

KIEDY I NA JAKIEJ PODSTAWIE REALIZOWANE SĄ ŚWIADCZENIA

### Second Medical Opinion service

1. Aby uzyskać świadczenie Second Medical Opinion service, Ubezpieczony powinien zadzwonić do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors.
2. Podczas rozmowy Ubezpieczony powinien podać:
  - 1) imię i nazwisko,
  - 2) adres zamieszkania,
  - 3) numer Polisy,
  - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
3. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors poinformuje Ubezpieczonego o czynnościach i wymaganych dokumentach niezbędnych do zgłoszenia roszczenia i ustalenia naszej odpowiedzialności. Potrzebne formularze wysyłamy na adres, który Ubezpieczony podaje podczas rozmowy.
4. Ubezpieczony powinien dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors wypełnione formularze oraz pełną dokumentację medyczną, która dotyczy zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego. Na prośbę Ubezpieczonego Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pomoże w zebraniu potrzebnych dokumentów. Raport eksperta jest przygotowywany na podstawie informacji uzyskanych od Ubezpieczonego oraz/lub jego lekarza.
5. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przekaze Ubezpieczonemu raport eksperta w ciągu 30 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego. Centrum Obsługi poinformuje również o tym czy Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w ramach Medical Concierge service.
6. Jeżeli w ciągu 30 dni wyjaśnienie wszystkich okoliczności, które są konieczne do wydania raportu eksperta okaże się niemożliwe, ponieważ:
  - 1) Ubezpieczony nie dostarczył wszystkich wypełnionych formularzy lub
  - 2) Best Doctors nie uzyskało pełnej dokumentacji medycznej lub
  - 3) potrzebna była dodatkowa opinia medyczna,
 Ubezpieczony otrzyma raport eksperta wraz z informacją czy Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wystąpienia z wnioskiem o realizację świadczenia Medical Concierge service w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.





### Medical Concierge service

7. Ubezpieczony powinien skontaktować się z BDUI, jeśli:

- 1) raport eksperta potwierdzi wystąpienie zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego,
- 2) Ubezpieczony zdecyduje się na leczenie poważnego stanu chorobowego poza Polską.

8. BDUI poinformuje Ubezpieczonego, jakie czynności i dokumenty są potrzebne do realizacji danego zgłoszenia. Potrzebne formularze wysyłamy na adres, który Ubezpieczony podaje podczas rozmowy.

9. BDUI przedstawi Ubezpieczonemu maksymalnie trzy placówki medyczne kwalifikujące się do przeprowadzenia zaleconego w raporcie eksperta leczenia zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego. Ubezpieczony powinien pisemnie poinformować BDUI o wyborze placówki medycznej. Ma na to trzy miesiące od daty otrzymania informacji od BDUI. Jeżeli Ubezpieczony zrobi to po terminie, ma obowiązek udokumentować swój aktualny stan zdrowia, aby BDUI mogło sporządzić nowy raport eksperta.

10. BDUI, po otrzymaniu potrzebnych informacji i dokumentów, organizuje leczenie w placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczonego oraz organizuje pozostałe usługi dostępne w ramach świadczenia Medical Concierge service.

11.

1) Jeśli BDUI wyda pozytywną decyzję, a Ubezpieczony zdecyduje się na leczenie, w ciągu 30 dni otrzymuje od nas certyfikat leczenia za granicą. Oznacza to, że jesteśmy gotowi pokryć koszty leczenia.

2) Certyfikat leczenia za granicą jest ważny trzy miesiące. Po tym terminie Ubezpieczony ma obowiązek udokumentować swój aktualny stan zdrowia, abyśmy mogli wydać nowy certyfikat.

3) Wraz z certyfikatem leczenia za granicą Ubezpieczony otrzyma dokumenty, które zawierają niezbędne informacje dotyczące organizacji leczenia (tzw. pakiet powitalny),

12. Gdyby w terminie wskazanym w ust. 11 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do organizacji świadczeń w ramach Medical Concierge service okazało się niemożliwe, ponieważ Ubezpieczony:

- 1) nie dostarczył wszystkich wypełnionych formularzy lub
- 2) nie wybrał placówki medycznej,

BDUI zorganizuje pobyt później. Zrobi to do 14 dni od dostarczenia wszystkich dokumentów lub decyzji Ubezpieczonego.

13. Jeżeli świadczenie Second Medical Opinion service lub Medical Concierge service nie przysługuje Ubezpieczonemu, powiadomimy go o tym na piśmie.



## § 7 ZWROT KOSZTÓW

KIEDY I NA JAKICH WARUNKACH UBEZPIECZONY OTRZYMA ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW

1. Ubezpieczony otrzyma zwrot poniesionych kosztów:

- 1) zakupu leków lub środków opatrunkowych, które przepisał lekarz po leczeniu operacyjnym związanym z leczeniem zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, jeśli Ubezpieczony poniosł te koszty w ciągu 30 dni od opuszczenia placówki medycznej i jeszcze przed powrotem do Polski,
- 2) zakupu leków, które przepisał lekarz, o których mowa w §3 ust. 6. pkt 6).

2. Aby uzyskać zwrot poniesionych kosztów Ubezpieczony powinien skontaktować się z BDUI.

3. Zwracamy koszty w złotych polskich – do wysokości sumy ubezpieczenia i wskazanych limitów. Wartość zwrotu przeliczamy według średniego kursu NBP, który obowiązuje w dniu poniesienia tych kosztów.

4. Zwracamy koszty do 30 dni od otrzymania przez BDUI wniosku o ich zwrot.

5. Gdyby w tym terminie nie było możliwe ustalenie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty, zwrócimy koszty później – w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsprawną część wypłacimy w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku o zwrot.

6. Aby Ubezpieczony uzyskał zwrot kosztów powinien przedstawić BDUI kopię recepty, fakturę lub inny dowód zakupu, który wskazuje jaki towar nabył lub z jakiej usługi skorzystał, a także dowód zapłaty. Możemy poprosić również o inne dokumenty, które będą konieczne, abyśmy mogli zwrócić koszty.

# O OPODATKOWANIU ŚWIADCZEŃ DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

## Opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych

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

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

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

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

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

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

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 11 ustawy o PIT od dochodu uczestnika pracowniczego programu emerytalnego z tytułu zwrotu środków zgromadzonych w ramach programu, w rozumieniu przepisów o pracowniczych programach emerytalnych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych przez uczestnika pracowniczego programu emerytalnego a sumą wpłat na konto prowadzone w ramach pracowniczego programu emerytalnego. Stosownie do art. 21 ust. 1 pkt 58 ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego wypłaty:

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

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

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

- gromadzeniem i wypłatą środków przez oszczędzającego,
- wypłatą środków dokonaną na rzecz osób uprawnionych do tych środków po śmierci oszczędzającego,
- wypłatą transferową

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

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

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

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

– jest różnica między wypłatą kwotą świadczenia a składką wpłaconą do zakładu ubezpieczeń.

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

## Opodatkowanie świadczeń z tytułu ustawy o podatku od spadków i darowizn

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

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

- nie podlega nabycie w drodze dziedziczenia środków z pracowniczego programu emerytalnego;
- nabycie w drodze spadku środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym.



### **Egzekucja sądowa świadczeń i odszkodowań**

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

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

### **Składka ubezpieczeniowa jako koszt uzyskania przychodu**

Zgodnie z art.16 ust. 1 pkt 59 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 z późn. zm.) oraz art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy o PIT nie uważa się za koszty uzyskania przychodu składki opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1

i 2 działu II wymienionych w załączniku do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844) jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

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

### **Składka ubezpieczeniowa jako przychód pracownika**

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

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





TU Allianz Życie Polska S.A.  
ul. Rodziny Hiszpańskich 1  
02-685 Warszawa

Zadzwoń do Twojego agenta