

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE

Twoje Życie



Co zyskujesz dzięki ubezpieczeniu Twoje Życie?

Dzięki ubezpieczeniu Twoje Życie zapewniasz wsparcie finansowe swoim bliskim, gdyby Cię zabrakło, oraz sobie – w razie problemów ze zdrowiem i po wypadku (dzięki umowom dodatkowym).

Możesz również:

- skorzystać z 20% zniżki na pakiet badań genetycznych oraz 10% zniżki na pakiet badań specjalistycznych, by zapobiegać wielu chorobom,
- ubezpieczyć życie i zdrowie swojej rodziny (do 10 osób) w ramach jednej polisy,
- oszczędzać tak, jak chcesz – systematycznie lub w dowolnych terminach.

Czego dowiesz się z ogólnych warunków umowy głównej?

- Wyjaśnimy pojęcia, którymi będziemy postugiwać się nie tylko w ogólnych warunkach, ale i w naszych listach i mailach.
- Podpowiemy m.in. **jak rozszerzać zakres polisy**, zmieniać sumę ubezpieczenia oraz ubezpieczyć życie i zdrowie bliskiej osoby.
- szczegółowo opiszemy, **jak otrzymać pieniądze z polisy** i w jakich sytuacjach nie będziemy mogli ich wypłacić.

Zwróć uwagę

Możesz rozszerzyć zakres swojej polisy dzięki umowom dodatkowym. Zapewnisz sobie **wypłatę pieniędzy** lub inną **pomoc** – m.in. w razie poważnej choroby, niezdolności do pracy, leczenia w szpitalu – również w zagranicznej klinice – oraz wypadku. Koniecznie zapytaj swojego Agenta o **rabaty za zawarcie pakietu umów dodatkowych**.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Osoba uprawniona może **wnioskować o wypłatę pieniędzy w razie zdarzeń objętych ochroną**, wysyłając skany potrzebnych dokumentów na adres: bok@allianz.pl.

W serwisie dla Klientów Mój Allianz można łatwo i wygodnie zgłosić wypadek, leczenie i pobyt w szpitalu, a także sprawdzić status swojego zgłoszenia.

SPIS TREŚCI

Zabezpieczenie bliskich

Ogólne warunki ubezpieczenia „Twoje Życie”	4
Wykaz opłat i limitów	11
Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie	13
Terminowe ubezpieczenie na życie	17

Wsparcie w razie problemów ze zdrowiem

Poważne zachorowanie	21
Leczenie za granicą	35
„Assistance Onkologiczny”	45
Niezdolność do pracy	53
Leczenie w szpitalu – „Na Zdrowie”	57
Pobyt w szpitalu	79
Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”	83
Zagraniczna druga opinia medyczna	115
Ubezpieczenie składki	119

Wsparcie finansowe w razie nieszczęśliwych wypadków (NW)

Śmierć wskutek NW	123
Śmierć wskutek NW komunikacyjnego	127
Kalectwo po NW	131
Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW	137
„Assistance Wypadkowy”	159
Niezdolność do pracy po NW	171
Pobyt w szpitalu wskutek NW	175
Koszty leczenia skutków NW	179
Koszty operacji plastycznych po NW	183
Dodatkowa ochrona po NW – „Dla Aktywnych”	187

Długoterminowe oszczędzanie na przyszłość

Rachunek z UFK z ubezpieczeniem na życie	191
Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	197

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „TWOJE ŻYCIE” (OWU/TZ/5/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 22-23
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Art. 18 ust. 8

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „TWOJE ŻYCIE” (OWU/TZ/5/2024)

KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)

Umowę Ubezpieczenia zawierają: Ubezpieczający (Ty) oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (my) na podstawie tego dokumentu, czyli **Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” (OWU/TZ/5/2024)**, dalej: **OWU**.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

- Akt Terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
- Dokument Ubezpieczenia** – polisa lub inny dokument, w którym potwierdzamy najważniejsze postanowienia Umowy
- Miesiąc Polisowy** – okres, który rozpoczyna się w tym samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego. Jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to okres ten rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca. Pierwszy Miesiąc Polisowy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej
- Okres Podwyższonej Ochrony** – co najmniej 10-letni okres ubezpieczenia od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, w którym w razie śmierci Ubezpieczonego Głównego wypłacamy łącznie: Sumę Ubezpieczenia oraz Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie. Okres ten może trwać najdłużej do Rocznicy Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po 75 urodzinach Ubezpieczonego Głównego. Ty wybierasz i wskazujesz we Wniosku długość tego okresu
- Rocznica Ubezpieczenia** – pierwszy dzień: drugiego i każdego kolejnego Roku Ubezpieczenia
- Rok Ubezpieczenia** – pierwsze 12 Miesięcy Polisowych i kolejne 12-miesięczne okresy ochrony ubezpieczeniowej, które następują po sobie
- Składka** – suma składek za Umowę Główną i Umowę Dodatkową
- Suma Ubezpieczenia** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony Główny umiera w Okresie Podwyższonej Ochrony – razem z Sumą Ubezpieczenia na Całe Życie; Sumę Ubezpieczenia wskazujemy w Dokumentcie Ubezpieczenia
- Suma Ubezpieczenia na Całe Życie** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony Główny umiera w dowolnym momencie w czasie trwania Umowy Głównej; Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie wskazujemy w Dokumentcie Ubezpieczenia
- Ubezpieczający (Ty)** – osoba, która zawiera z nami Umowę i ma obowiązek płacić Składki. Jeśli jesteś osobą fizyczną, możesz być także Ubezpieczonym Głównym albo Ubezpieczonym
- Ubezpieczony** – osoba, która w dniu rejestracji Wniosku ma mniej niż 61 lat i której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie. Na rzecz Ubezpieczonego możesz zawrzeć także inne Umowy Dodatkowe. Jeśli Ubezpieczony jest niepełnoletni, to musi być dzieckiem własnym albo przysposobionym Ubezpieczającego, Ubezpieczonego Głównego lub innego Ubezpieczonego w Umowie
- Ubezpieczony Główny** – osoba pełnoletnia, która w dniu rejestracji Wniosku ma mniej niż 66 lat i której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej. Możesz wskazać maksymalnie dwóch Ubezpieczonych Głównych. Na rzecz Ubezpieczonego Głównego możesz zawrzeć także Umowy Dodatkowe
- Umowa Dodatkowa** – część Umowy, która zapewnia dodatkową ochronę ubezpieczeniową – na podstawie odrębnych ogólnych warunków ubezpieczenia
- Umowa Główna** – umowa ubezpieczenia na życie, którą zawierasz na rzecz każdego Ubezpieczonego Głównego. Umowa Główna składa się z ubezpieczenia na całe życie oraz ubezpieczenia w Okresie Podwyższonej Ochrony
- Umowa Ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa Główna albo Umowy Główny, łącznie z Umowami Dodatkowymi
- Uposażony** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony Główny, aby otrzymała pieniądze w razie jego śmierci

- Uposażony Zastępczy** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony Główny, aby otrzymała pieniądze, jeśli w chwili jego śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia
- Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego w dniu rejestracji Wniosku, a następnie – w każdą Rocznicę Ubezpieczenia
- Wniosek Ubezpieczeniowy (Wniosek)** – Twoja oferta zawarcia Umowy lub Umowy Dodatkowej, którą składasz na przygotowanym przez nas formularzu
- Wykaz Opłat i Limitów** – dokument, który zawiera informacje o limitach, jakie stosujemy w Umowie, oraz informację jaki procent składek za ubezpieczenie na całe życie zwracamy w przypadku rozwiązania Umowy Głównej danego Ubezpieczonego Głównego z innego powodu niż śmierć tej osoby. Czytaj ten dokument łącznie z OWU

ZAWARCIE UMOWY

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

- W Umowie Głównej ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego Głównego.
- W razie śmierci Ubezpieczonego Głównego w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie. Jeśli śmierć Ubezpieczonego Głównego następuje w Okresie Podwyższonej Ochrony, wypłacamy również Sumę Ubezpieczenia.

ART. 3 JAKA JEST SUMA UBEZPIECZENIA NA CAŁE ŻYCIE I SUMA UBEZPIECZENIA

- We Wniosku wybierasz Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie i Sumę Ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego Głównego.
- Uzgodnione sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie.

ART. 4 JAK ZAWRZEĆ UMOWĘ GŁÓWNA I UMOWĘ DODATKOWĄ

- Umowę Główną i Umowę Dodatkową zawierasz z nami po zbadaniu potrzeb ubezpieczeniowych: Twoich, Ubezpieczonego Głównego i Ubezpieczonego, oraz na podstawie Wniosku.
- Umowę Dodatkową zawierasz z nami:
 - jednocześnie z Umową Główną albo
 - w czasie trwania Umowy – jest to dokupienie; ogólne warunki ubezpieczenia niektórych Umów Dodatkowych mogą nie przewidywać takiej możliwości.W czasie trwania Umowy możemy zaproponować Ci także inny tryb zawarcia Umowy Dodatkowej oraz inny czas trwania tej umowy.
- Przyjmujemy Wnioski, które są kompletne i poprawnie wypełnione.
- Możemy poprosić Ciebie, Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego o:
 - dodatkowe informacje i dokumenty, w tym takie, które dotyczą stanu zdrowia, lub
 - wykonanie badań analitycznych lub lekarskich – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
- Wynik oceny ryzyka ubezpieczeniowego przekazujemy w jeden z następujących sposobów:
 - doreczamy Ci Dokument Ubezpieczenia, którym potwierdzamy naszą wolę zawarcia z Tobą Umowy Głównej lub Umowy Dodatkowej. W chwili, w której otrzymujesz ten dokument, zawierasz z nami Umowę lub Umowę Dodatkową na warunkach określonych w Twoim Wniosku,
 - przedstawiamy Ci w Dokumentcie Ubezpieczenia inne warunki Umowy lub Umowy Dodatkowej niż określone w Twoim Wniosku (warunki szczególne). Jeśli nie akceptujesz tych warunków, poinformuj nas o tym w ciągu 14 dni od otrzymania dokumentów. Jeśli tego nie zrobisz, zawierasz z nami te umowy z początkiem 15 dnia od otrzymania tych dokumentów – na warunkach, które określamy w Dokumentcie Ubezpieczenia,
 - odmawiamy zawarcia z Tobą Umowy lub Umowy Dodatkowej.

ART. 5 JAK DŁUGO TRWA UMOWA GŁÓWNA I UMOWY DODATKOWE

- Umowę Główną zawierasz z nami na czas nieokreślony.

2. Umowę Dodatkową zawierasz z nami:
- a) na rok – w przypadku, gdy zawierasz daną Umowę Dodatkową razem z Umową Główną oraz gdy zawierasz Umowę Dodatkową na kolejny okres,
 - b) do końca danego Roku Ubezpieczenia – w przypadku dokupienia; jeśli składasz Wniosek o dokupienie, gdy do końca Roku Ubezpieczenia pozostało mniej niż 49 dni, Umowę Dodatkową zawierasz do końca kolejnego Roku Ubezpieczenia.
- Ogólne warunki ubezpieczenia niektórych Umów Dodatkowych mogą przewidywać inny czas trwania Umowy Dodatkowej.

ART. 6 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA W UMOWIE GŁÓWNEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy danego Ubezpieczonego Głównego, rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Ochrona nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas pierwszej Składki, która wynika z Umowy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy danego Ubezpieczonego Głównego, kończy się:
 - a) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej tego Ubezpieczonego Głównego,
 - b) w chwili śmierci tego Ubezpieczonego Głównego,
 - c) gdy wygaśnie lub zostanie rozwiązana Umowa.

ART. 7 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA W UMOWIE DODATKOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy danego Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego, rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Ochrona nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas:
 - a) pierwszej Składki – jeśli zawierasz Umowę Dodatkową razem z Umową Główną,
 - b) Składki, która uwzględnia składkę za Umowę Dodatkową – jeśli dokupujesz tę umowę.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w dniu, w którym Umowa Dodatkowa zostanie rozwiązana.

ART. 8 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

1. Zanim zawrzesz z nami Umowę lub Umowę Dodatkową, przekazujemy Ci:
 - a) OWU,
 - b) ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i
 - c) inne dokumenty, których wymaga prawo.
2. Raz w roku przekazujemy Ci informacje o wysokości wszystkich świadczeń z Umowy, jeśli kwoty te się zmieniają. Informacje przekazujemy pisemnie albo w innej, uzgodnionej z Tobą formie.
3. Wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia (świadczenie ubezpieczeniowe) w razie śmierci Ubezpieczonego Głównego oraz w razie innych zdarzeń objętych ubezpieczeniem w zawartych z nami Umowach Dodatkowych. Okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia, wskazujemy w OWU lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 9 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI ORAZ OBOWIĄZKI KAŻDEGO UBEZPIECZONEGO

1. Ty, jako osoba, która zawarła z nami Umowę, masz obowiązek:
 - a) opłacać Składki w uzgodnionych z nami terminach,
 - b) informować nas o zmianie danych osobowych i teleadresowych – swoich, Ubezpieczonego Głównego i Ubezpieczonego.
2. Ty, Ubezpieczony Główny i Ubezpieczony macie obowiązek udzielić zgodnych z prawdą odpowiedzi na nasze pytania, które zadajemy, zanim:
 - a) zawrzesz z Tobą Umowę Główną lub Umowę Dodatkową,
 - b) podwyższymy Sumę Ubezpieczenia lub sumę ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub wykonamy inną zmianę zakresu ubezpieczenia.

3. Jeśli śmierć Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy, zanim zawarliśmy z Tobą Umowę Główną lub Umowę dodatkową terminowego ubezpieczenia na życie albo zanim podwyższyliśmy sumy ubezpieczenia w którejkolwiek z tych umów, i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo w ciągu trzech lat od:
 - a) zawarcia takiej umowy – odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia,
 - b) podwyższenia sumy ubezpieczenia – wypłacić kwotę sprzed podwyższenia.
4. Jeśli zdarzenie, które jest objęte ubezpieczeniem w Umowie Dodatkowej innej niż na życie, jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy przed zawarciem tej umowy albo przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia w tej umowie i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo:
 - a) odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia – gdy zadaliśmy pytania przed zawarciem umowy – albo
 - b) wypłacić kwotę sprzed podwyższenia – gdy zadaliśmy pytania przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia.

ART. 10 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI WOBEC UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Zanim zawrzesz z nami umowę ubezpieczenia na życie na rzecz Ubezpieczonego Głównego lub Ubezpieczonego, uzyskaj zgodę tych osób.
2. Przekaż Ubezpieczonemu Głównemu i Ubezpieczonemu – w uzgodnionej z nimi formie:
 - a) treść OWU, ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy Dodatkowej oraz innych dokumentów, które otrzymujesz od nas – zanim Ubezpieczony Główny i Ubezpieczony wyrażą zgodę, abyśmy objęli ich ochroną ubezpieczeniową,
 - b) informacje, że warunki Umowy się zmieniają, oraz jak wpłynie to na wartość świadczeń – zanim wyrazisz zgodę na takie zmiany,
 - c) informacje, które otrzymujesz od nas o nowej wysokości świadczeń – jeśli zmieniają się w czasie trwania Umowy – najszybciej, jak to możliwe.
3. Jeśli nie wykonasz tych obowiązków, to ponosisz wobec nas odpowiedzialność – zgodnie z Kodeksem cywilnym.
4. Ubezpieczony Główny oraz Ubezpieczony mogą także od nas wymagać informacji o postanowieniach umowy zawartej na ich rzecz oraz udostępnienia OWU oraz ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków tych osób.

ART. 11 ILE KOSZTUJE UMOWA GŁÓWNA

1. Miesięczna składka za Ubezpieczonego Głównego pokrywa koszt ochrony ubezpieczeniowej, jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego Głównego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie,
 - c) Sumy Ubezpieczenia oraz długości Okresu Podwyższonej Ochrony,
 - d) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Taryfy składek ustalamy w taki sposób, aby zapewniły co najmniej:
 - a) wykonanie wszystkich naszych zobowiązań, które wynikają z zawartych Umów Głównych, w tym pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, oraz
 - b) pokrycie kosztów naszej działalności ubezpieczeniowej.
3. Przy ustalaniu taryf składek uwzględniamy:
 - a) czas trwania ubezpieczenia,
 - b) co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia) i ile pieniędzy wypłacamy,
 - c) okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia.
4. Minimalne składki, które obowiązują w Umowie, wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.
5. Składkę za Umowę Główną danego Ubezpieczonego Głównego przestajesz opłacać od Rocznic Ubezpieczenia, która przypada bezpośrednio po 85 urodzinach tego Ubezpieczonego Głównego. Mimo tego Suma Ubezpieczenia na Całe Życie nadal obowiązuje – w takiej samej wysokości, jak w poprzednią Rocznicę Ubezpieczenia.

ART. 12 ILE KOSZTUJE UMOWA DODATKOWA

- Zasady, na podstawie których ustalamy miesięczną składkę za Umowę Dodatkową, wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
- Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek.
- Taryfy składek ustalamy w taki sposób, aby zapewniały co najmniej:
 - wykonanie wszystkich naszych zobowiązań, które wynikają z zawartych Umów Dodatkowych, w tym pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej, oraz
 - pokrycie kosztów naszej działalności ubezpieczeniowej.
- Przy ustalaniu taryf składek uwzględniamy:
 - maksymalny łączny czas trwania pierwszej i kolejnych Umów Dodatkowych, który wynika z ogólnych warunków ubezpieczenia danej umowy i z Wiek Ubezpieczonego,
 - co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia) i ile pieniędzy wypłacamy,
 - okoliczności, w których nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 13 JAK WPŁACAĆ SKŁADKI I JAKIE SĄ SKUTKI NIEOPŁACENIA SKŁADKI

- Składkę wpłacasz co miesiąc. Terminy płatności oraz rachunek bankowy do wpłat wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
- Składkę uznajemy za zapłaconą w dniu, w którym wpływa na nasz rachunek bankowy.
- Jeśli spóźnisz się z płatnością, Twoja wpłata w pierwszej kolejności pokrywa pierwszą zaległą Składkę.
- Jeśli spóźnisz się z płatnością o więcej niż 60 dni, to poinformujemy Cię pisemnie, że nie otrzymaliśmy Twojej Składki i z czym się wiąże jej dalsze nieopłacenie. Wyznaczymy Ci również przynajmniej 7 dni na wpłatę. Jeśli w tym czasie nie wpłacisz Składki, to Umowa rozwiąże się następnego dnia po upływie tego okresu.

ZMIANY W UMOWIE

ART. 14 JAK OBJĄĆ OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ DRUGIEGO UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO

- Na Twój Wniosek w czasie trwania Umowy możemy objąć ochroną ubezpieczeniową drugiego Ubezpieczonego Głównego:
 - za jego zgodą i
 - według zasad, które stosujemy, gdy zawieramy z Tobą Umowę.
- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - od najbliższego Miesiąca Polisowego po tym, gdy zaakceptujemy Twój Wniosek, i
 - najwcześniej następnego dnia po tym, gdy wpłacisz Składkę w nowej wysokości.

ART. 15 JAK PODWYŻSZYĆ ALBO OBNIŻYĆ SUMĘ UBEZPIECZENIA, SUMĘ UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LUB INNE ŚWIADCZENIE

- Zmiana Sumy Ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub innego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej następuje na Twój wniosek, wymaga naszej akceptacji oraz powoduje zmianę Składki.
- Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Główną, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
 - różnicę między nową a dotychczasową Sumą Ubezpieczenia,
 - Wiek Ubezpieczonego Głównego w dniu rejestracji wniosku o zmianę,
 - czas, jaki pozostał do zakończenia Okresu Podwyższonej Ochrony,
 - wyniki naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Dodatkową, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
 - różnicę między nową a dotychczasową sumą ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub różnicę między nowym a dotychczasowym innym świadczeniem,
 - Wiek Ubezpieczonego w dniu rejestracji wniosku o zmianę,
 - wyniki naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

- Przed podwyższeniem możemy poprosić osobę, której zmiana dotyczy, aby:
 - uzupełniła informacje we wniosku o zmianę,
 - przekazała nam informacje o stanie swojego zdrowia lub
 - wykonała badania lekarskie – na nasz koszt i we wskazanych przez nas placówkach medycznych.
- Możesz złożyć wniosek o obniżenie Sumy Ubezpieczenia, gdy miną co najmniej trzy lata od zawarcia Umowy i opłacisz Składki za ten okres.
- Suma Ubezpieczenia, suma ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie zmienia się:
 - od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę,
 - w przypadku podwyższenia – od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę i otrzymaniu podwyższonej Składki.Jeśli składasz wniosek później niż na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to zmiana obowiązuje najwcześniej od tej Rocznicy Ubezpieczenia.
- Nie możesz zmienić Sumy Ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej ani innego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w okresie, w którym przejęliśmy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki.

ART. 16 NA CZYM POLEGA INDEKSACJA

- Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji:
 - Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie,
 - Sumy Ubezpieczenia,
 - sumy ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub innych świadczeń, dla których ogólne warunki ubezpieczenia tej Umowy Dodatkowej umożliwiają indeksację,
 - regularnej składki kapitałowej– i zapobiega istotnej utracie ich realnych wartości w długim okresie.
- Wskaźnik indeksacji ustalamy na podstawie średniej arytmetycznej z dwóch wskaźników:
 - wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych w danym miesiącu w odniesieniu do analogicznego miesiąca poprzedniego roku (pot. roczna inflacja), wyrażonego w procentach, oraz
 - średniej arytmetycznej ostatnich 12 wskaźników wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w odniesieniu do analogicznego miesiąca poprzedniego roku, wyrażonych w procentach,które ogłasza uprawniony do tego urząd.
Gdy obliczamy średnie arytmetyczne stosujemy zaokrąglenia do dwóch miejsc po przecinku.
W dniu wejścia w życie tych OWU urzędem uprawnionym do ogłoszenia i publikowania wskaźników, o których piszemy wyżej, jest Główny Urząd Statystyczny.
- Wskaźnik indeksacji nie może być niższy od minimalnego wskaźnika indeksacji, który wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów.
- Indeksacja powoduje podwyższenie Składki.
- Gdy obliczamy kwotę, o jaką zmieni się składka za Umowę Główną, to bierzemy pod uwagę naszą aktualną taryfę składek oraz:
 - różnicę między nowymi a dotychczasowymi: Sumą Ubezpieczenia na Całe Życie i Sumą Ubezpieczenia,
 - Wiek Ubezpieczonego Głównego w Rocznicę Ubezpieczenia,
 - w Okresie Podwyższonej Ochrony – czas, jaki pozostał do zakończenia tego okresu,
 - wyniki naszej wcześniejszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Propozycję indeksacji przygotowujemy na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia. Propozycja ta zawiera nowe sumy ubezpieczenia i nową Składkę.
- Nie przygotowujemy propozycji indeksacji Sumy Ubezpieczenia na Całe Życie dla Ubezpieczonego Głównego w Wiek 75 lat lub więcej.
- Nie przygotowujemy propozycji indeksacji w okresie, w którym przejmujemy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki.
- Indeksacja jest dobrowolna – możesz z niej zrezygnować najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia. Jeśli tego nie zrobisz, nasza oferta obowiązuje od Rocznicy Ubezpieczenia.
- Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne Lata Ubezpieczenia, to nie przygotowujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji.

ART. 17 CZY I JAK ZAWRZEMY Z TOBĄ UMOWĘ DODATKOWĄ NA KOLEJNY OKRES

- Propozycję zawarcia Umowy Dodatkowej na kolejny okres przygotowujemy:
 - na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia,
 - dla Umów Dodatkowych, których ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość, i na zasadach, które wskazujemy w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- W propozycji wskazujemy nową składkę za Umowę Dodatkową. Gdy ją obliczamy, uwzględniamy:
 - Wiek Ubezpiezonego Głównego albo Wiek Ubezpiezonego w Rocznicę Ubezpieczenia – w zależności od tego, kogo ta umowa dotyczy,
 - naszą aktualną taryfę składek,
 - sumę ubezpieczenia – albo inne świadczenie, które przewiduje ta Umowa Dodatkowa,
 - wskaźnik indeksacji – jeśli korzystasz z indeksacji,
 - wynik naszej wcześniejszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Gdy otrzymujesz naszą propozycję, możesz:
 - zapłacić nową Składkę, która obowiązuje od Rocznicy Ubezpieczenia – oznacza to, że zawierasz z nami Umowę Dodatkową na kolejny okres zgodnie z naszą propozycją – albo
 - złożyć oświadczenie o rezygnacji z zawarcia Umowy Dodatkowej na kolejny okres – oznacza to, że obowiązująca umowa wygasa, gdy upłynie okres, na który została zawarta. Jeśli nie zgłaszasz rezygnacji najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to nasza oferta obowiązuje od Rocznicy Ubezpieczenia.
- Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej na rzecz Ubezpiezonego, jeśli jednocześnie nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie na rzecz tego Ubezpiezonego.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY

ART. 18 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD UMOWY LUB UMOWY DODATKOWEJ ALBO JE WYPOWIEDZIEĆ. KIEDY UMOWY TE ULEGĄJĄ ROZWIĄZANIU

- Możesz odstąpić od Umowy lub Umowy Dodatkowej w ciągu 30 dni od ich zawarcia. W ciągu 14 dni od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu zwracamy Ci:
 - składkę za Umowę Główną oraz składki za Umowy Dodatkowe inne niż Umowa dodatkowa na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) – w przypadku odstąpienia od Umowy,
 - składkę za Umowę Dodatkową – w przypadku odstąpienia od Umowy Dodatkowej innej niż Umowa dodatkowa na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK), przelewem na rachunek bankowy, który wskazujesz albo w inny uzgodniony z Tobą sposób.
- Jeśli nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia najpóźniej w dniu zawarcia Umowy lub Umowy Dodatkowej, to możesz odstąpić od danej umowy w ciągu 30 dni od dnia, w którym się dowiadujesz o tym prawie.
- Ubezpiezonego Głównego lub Ubezpiezonego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową do dnia, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
- Kwoty, które zwracamy w przypadku odstąpienia, mamy prawo pomniejszyć o:
 - składkę za udzieloną przez nas ochronę ubezpieczeniową oraz
 - koszty badań analitycznych lub lekarskich, które zostały wykonane na nasz koszt przed zawarciem Umowy lub Umowy Dodatkowej – jeśli występujesz z wnioskiem o udostępnienie wyników tych badań.
- Możesz wypowiedzieć całą Umowę, Umowę Główną dla jednego Ubezpiezonego Głównego lub Umowę Dodatkową w dowolnym momencie w czasie trwania danej umowy. Dana umowa zostanie rozwiązana, gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy wypowiedzenie.
- Umowa ulega rozwiązaniu także wtedy, gdy:
 - masz opóźnienie w opłaceniu Składek, i nie wpłacasz Składki w terminie, który wskazujemy w dodatkowym piśmie,

- nie obejmujemy już ochroną ubezpieczeniową żadnego Ubezpiezonego Głównego.
- Umowa Główna danego Ubezpiezonego Głównego ulega rozwiązaniu z chwilą jego śmierci.
 - Jeśli:
 - optacasz składkę za Umowę Główną danego Ubezpiezonego Głównego nieprzerwanie przez co najmniej 11 lat i
 - ta umowa rozwiązuje się po tym okresie z innego powodu niż śmierć tej osoby,to zwracamy Ci odpowiedni procent zapłaconych składek za ubezpieczenie na całe życie tego Ubezpiezonego Głównego. Procent ten wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia – odrębnie dla każdego Ubezpiezonego Głównego – oraz w Wykazie Opłat i Limitów. Procent ten zależy od tego, za ile pełnych Lat Ubezpieczenia opłaciłeś składki za ubezpieczenie na całe życie tego Ubezpiezonego Głównego. Zwrot wykonujemy w ciągu 14 dni od rozwiązania Umowy w złotych polskich – przelewem na jeden rachunek bankowy, który wskazujesz, albo w inny uzgodniony z Tobą sposób .

WYPŁATA PIENIĘDZY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

ART. 19 KOMU WYPŁACAMY PIENIĄDZE Z UMOWY GŁÓWNEJ

- Pieniądze z Umowy Główny wypłacamy Uposażonemu, którego wskazuje Ubezpieczony Główny.
- Ubezpieczony Główny może wskazać więcej niż jednego Uposażonego i określić, jak mamy podzielić wypłatę. Jeśli nie wskaże tego podziału – dzielimy ją na równe części.
- Ubezpieczony Główny może zmienić lub odwołać Uposażonego w każdej chwili. Zmiana obowiązuje od dnia, w którym otrzymujemy oświadczenie o zmianie lub odwołaniu Uposażonego.
- Jeśli Uposażony umiera przed śmiercią Ubezpiezonego Głównego albo umyślnie przyczynia się do jego śmierci, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
- Jeśli w chwili śmierci Ubezpiezonego Głównego Uposażony, który nie jest osobą fizyczną, już nie istnieje, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
- Jeżeli w chwili śmierci Ubezpiezonego Głównego nie ma Uposażonych, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
- Jeżeli w chwili śmierci Ubezpiezonego Głównego nie ma Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, to pieniądze z tytułu jego śmierci wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpiezonego Głównego bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

ART. 20 ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY Z UMOWY GŁÓWNEJ

- Jeśli Ubezpieczony Główny umiera w czasie ochrony ubezpieczeniowej, to wypłacamy:
- Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie oraz Sumę Ubezpieczenia – jeśli śmierć Ubezpiezonego Głównego następuje w Okresie Podwyższonej Ochrony,
 - Sumę Ubezpieczenia na Całe Życie – jeśli śmierć Ubezpiezonego Głównego następuje po zakończeniu Okresu Podwyższonej Ochrony,
- które obowiązują w dniu śmierci Ubezpiezonego.

ART. 21 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA I KIEDY JE WYPŁACAMY

- Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna, i wypłacić pieniądze z Umowy Główny, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpiezonego Głównego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia,
 - b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej ten wniosek,
 - c) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci. Jeśli nie jest możliwe dostarczenie nam tych dokumentów, to prosimy o inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.
2. Dokumenty, których potrzebujemy do wypłaty pieniędzy z Umowy Dodatkowej, wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
 3. W ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu, które jest objęte ubezpieczeniem, informujemy osobę uprawnioną, jakich dokumentów potrzebujemy.
 4. Pieniądże wypłacamy w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy, który należy do osoby uprawnionej – albo w inny sposób, który uzgadniamy z tą osobą.
 5. Pieniądże wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy wypłata przysługuje i w jakiej wysokości, to pieniądze wypłacamy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
 6. Jeśli odmawiamy wypłaty lub wypłacamy część kwoty wskazanej w wniosku o wypłatę, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.

ART. 22 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY GŁÓWNEJ

Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Głównej, jeśli śmierć Ubezpieczonego Głównego następuje:

- a) w wyniku samobójstwa w ciągu dwóch lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- b) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
- c) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego Głównego w rozruchach lub zamieszkach,
- d) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli Ubezpieczony Główny uczestniczył w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywał czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
- e) w związku z udziałem Ubezpieczonego Głównego jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w aktach przemocy innych niż te, które wymieniamy wyżej,
- f) w związku z udziałem Ubezpieczonego Głównego w zagranych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym.

ART. 23 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

1. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, jeśli zdarzenie, które obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej umowie, następuje:
 - a) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
 - b) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa osoby ubezpieczonej w rozruchach lub zamieszkach,
 - c) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli osoba ubezpieczona uczestniczyła w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywała czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
 - d) w związku z udziałem osoby ubezpieczonej jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w aktach przemocy innych niż te, które wymieniamy wyżej,
 - e) w związku z udziałem osoby ubezpieczonej w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym.

2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także w innych okolicznościach, które wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH, REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 24 DLACZEGO PRZETWARZAMY DANE OSOBOWE I JAK JE ZBIERAMY

1. Gromadzimy i przetwarzamy tylko te dane osobowe, które są konieczne, abyśmy mogli zawrzeć z Tobą Umowę i ją wykonywać. Jesteśmy administratorem tych danych.
2. Źródłem danych osobowych są dokumenty, które otrzymujemy, zanim zawrzemy z Tobą Umowę lub w czasie jej trwania (formularze, wnioski o wypłatę, zawiadomienia).
3. Przetwarzamy dane osób, które:
 - a) chcą zawrzeć z nami Umowę i chcą być objęte ochroną ubezpieczeniową,
 - b) są uprawnione, aby otrzymać wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
4. Zgromadzone przez nas dane osobowe przetwarzamy w związku z tym, że zawieramy z Tobą Umowę oraz na podstawie:
 - a) zgód osób, których te dane dotyczą,
 - b) przepisów prawa, w szczególności przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - c) naszego prawnie uzasadnionego interesu, którym jest zawarcie i wykonanie Umowy oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
5. Zgromadzone dane możemy wykorzystać do:
 - a) oceny ryzyka ubezpieczeniowego również na podstawie wiedzy o stanie zdrowia Ubezpieczonego Głównego i Ubezpieczonego,
 - b) ustalenia zasadności i wysokości wypłaty.

W czasie wykonywania takich czynności podejmujemy zautomatyzowane decyzje, które opierają się na profilowaniu danych. Profilowanie to dobór produktów ubezpieczeniowych, obliczanie składki lub wysokości wypłaty.
6. Osoba, której dane przetwarzamy, ma prawo:
 - a) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają dane, które przetwarzamy,
 - b) poprawiać te dane albo je usunąć, o ile jest to zgodne z prawem,
 - c) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść, o ile jest to zgodne z prawem,
 - d) otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.
7. Dane osobowe, które przetwarzamy, możemy przekazać:
 - a) innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia, oraz
 - b) Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - c) innym podmiotom w celach marketingowych – pod warunkiem, że uzyskamy zgodę osoby, której dane dotyczą.
8. Dane Ubezpieczonych Głównych i Ubezpieczonych możemy uzyskać od innych ubezpieczycieli na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą – jeśli oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe lub rozpatrujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
9. Dane osobowe przetwarzamy do:
 - a) dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z tej Umowy, oraz
 - b) zakończenia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
10. Szczegółowy opis sposobu, w jaki przetwarzamy dane osobowe, umieszczamy na naszej stronie internetowej, w Polityce prywatności.

ART. 25 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

1. Reklamacja, w tym skarga i zażalenie, to zastrzeżenie, które dotyczy naszych usług. Reklamację możesz złożyć Ty lub Ubezpieczony Główny, Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony

Zastępczy, inny uprawniony z Umowy, osoba poszukująca ochrony ubezpieczeniowej.

2. Reklamację rozpatruje nasz zarząd lub upoważnieni przez niego pracownicy – w ciągu 30 dni od jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają nam udzielenie odpowiedzi w tym okresie:
 - a) wyjaśniamy osobie składającej reklamację, jaka jest przyczyna opóźnienia,
 - b) wskazujemy okoliczności, które musimy ustalić, by rozpatrzyć sprawę, oraz
 - c) określamy, jaki przewidujemy termin udzielenia odpowiedzi – nie może on jednak przekroczyć 60 dni od otrzymania reklamacji.
3. Reklamację można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.Na życzenie osoby, która składa reklamację, przekazujemy potwierdzenie jej złożenia. Forma potwierdzenia zależy od sposobu złożenia reklamacji.
4. Osoba, która składa reklamację, powinna podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jej identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL. Przyspieszy to rozpatrzenie reklamacji.
5. O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadomimy osobę, która ją złożyła, na piśmie. Na wniosek osoby, która składa reklamację, udzielamy odpowiedzi pocztą elektroniczną.
6. Osoba, która składa reklamację, może odwołać się od naszej decyzji. Jeśli nie uwzględnimy roszczeń tej osoby, może ona złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Rzecznik Finansowy prowadzi postępowanie w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich. Udział w takim postępowaniu jest dla nas obowiązkowy (szczegółowe informacje znajdują się na stronie: www.rf.gov.pl).
7. Osoba fizyczna, która jest Ubezpieczającym, Ubezpieczonym Głównym, Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia, ma prawo wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego.
8. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers>
9. Konsument ma prawo zwrócić się także o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.
10. Ty, Ubezpieczony Główny, Ubezpieczony i inna osoba uprawniona z Umowy macie prawo złożyć pozew do właściwego sądu.
11. Nasza działalność podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. Przy Komisji Nadzoru Finansowego działa Sąd Polubowny, uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, które wynikają ze stosunków umownych pomiędzy nami a odbiorcami usług, które świadczymy (nasz udział w takim postępowaniu wymaga naszej zgody). Szczegółowe informacje są dostępne na stronie: www.knf.gov.pl.

ART. 26 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

1. Umowa podlega przepisom prawa polskiego.
2. Pozew w sprawach związanych z Umową można złożyć do sądu:
 - a) właściwego dla naszej siedziby – według przepisów o właściwości ogólnej,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby:
 - Twojego lub Twojego spadkobiercy,
 - uprawnionego z Umowy lub jego spadkobiercy.

ART. 27 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

1. Pieniądze z ubezpieczenia wypłacamy zgodnie z przepisami prawa podatkowego – wskazujemy je w polisie.
2. Ty oraz Ubezpieczony Główny i Ubezpieczony możecie przenieść prawa, które wynikają z Umowy, na inne osoby, jednak tylko za naszą zgodą.
3. Korespondencję związaną z Umową przesyłamy na ostatni podany przez Ciebie adres e-mail albo w inny sposób, który z Tobą uzgadniamy.
4. Korespondencję, która dotyczy wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia, kierujemy:
 - a) na ostatni znany nam adres Uposażonego, Uposażonego Zastępczego lub innego uprawnionego z Umowy,
 - b) na ostatni adres e-mail, który te osoby podały – jeśli zgodziły się na taką formę – albo
 - c) w inny uzgodniony z tymi osobami sposób.
5. Oświadczenia, zawiadomienia i dyspozycje, które dotyczą Umowy, możesz składać pisemnie, elektronicznie na adres bok@allianz.pl albo w inny, uzgodniony z nami sposób.
6. Dyspozycje, czyli oświadczenia, powiadomienia i wnioski, które składasz w związku z zawarciem i wykonaniem tej Umowy, muszą być podpisane zgodnie ze wzorem podpisu, który przekazujesz nam przed zawarciem Umowy, chyba że umówimy się inaczej.
7. Dyspozycje muszą zawierać dane, które umożliwiają identyfikację Ciebie, Ubezpieczonego Głównego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z Umowy. W przypadku braku tych danych powiadomimy o tym osobę, która składa dyspozycję. Realizujemy dyspozycje, które zawierają kompletne i prawidłowe informacje.
8. Wszystkie dokumenty, które dotyczą Umowy przygotowujemy w języku polskim.
9. Dokumenty, które otrzymujemy od Ciebie, Ubezpieczonego Głównego, Ubezpieczonego, Uposażonego, Uposażonego Zastępczego lub innego uprawnionego z Umowy, powinny być napisane w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z przepisami prawa, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
10. Informacje o naszej wypłacalności i kondycji finansowej udostępniamy na naszej stronie internetowej.

OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 17/2024 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 16 marca 2024 r.

WYKAZ OPŁAT I LIMITÓW (WO/TZ/3/2022)

1. Minimalna Składka

Minimalna Składka (z wyłączeniem Regularnej Składki Kapitałowej) za pierwszego Ubezpieczonego Głównego w Okresie Podwyższonej Ochrony	50 zł
Minimalna Składka za drugiego Ubezpieczonego Głównego lub kolejnego piętnoletniego Ubezpieczonego	25 zł

2. Minimalny wskaźnik indeksacji: 2%

3. Procent składek za ubezpieczenie na całe życie, który zwracamy, jeśli Umowa Główna Ubezpieczonego Głównego rozwiązuje się z innego powodu niż śmierć tej osoby:

Pełne Lata Ubezpieczenia, za które zostały opłacone składki za ubezpieczenie na całe życie	Procent składek za ubezpieczenie na całe życie
do 10	0%
11	20%
12	25%
13	30%
14	35%
15	40%
16	45%
17	50%
18	55%
19	60%
20	65%
21	70%
22	75%
23	80%
24	85%
25 i więcej	90%

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 20 kwietnia 2022 r. i wszedł w życie 1 czerwca 2022 r.

UMOWA

Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (OT/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 9
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (OT/TZ/4/2023)

KTO ZAWIERA TYMCZASOWĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (STRONY UMOWY)

Umowę zawierają:
Ubezpieczający (**Ty**) oraz Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (**my**) – na podstawie tego dokumentu (dalej: OWU) oraz Wniosku Ubezpieczeniowego.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

- Akt Terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
- Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
- Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
- Suma Ubezpieczenia** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku śmierci każdego Ubezpieczonego:
 - 35 000 zł – jeśli Ubezpieczony umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i w chwili śmierci jest pełnoletni,
 - 7 000 zł – jeśli Ubezpieczony umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i w chwili śmierci nie jest pełnoletni,
 - 100 zł oraz równowartość składki, którą wpłacasz za tego Ubezpieczonego – jeśli Ubezpieczony umiera z innej przyczyny niż wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
- Ubezpieczający (Ty)** – osoba, która składa Wniosek i zawiera z nami Tymczasową umowę ubezpieczenia na życie
- Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Tymczasowej umowie ubezpieczenia na życie i która jest wymieniona we Wniosku jako Ubezpieczony Główny albo Ubezpieczony
- Umowa Ubezpieczenia** – umowa, którą chcesz z nami zawrzeć na podstawie Wniosku
- Uposażony** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała wypłatę w razie jego śmierci
- Uposażony Zastępczy** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała pieniądze, jeśli w chwili jego śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia
- Wniosek Ubezpieczeniowy (Wniosek)** – Twoja oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia i jednocześnie Tymczasowej umowy ubezpieczenia na życie, którą składasz na przygotowanym przez nas formularzu
- Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
- Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie

- z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koto podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
- Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego.
- W razie śmierci Ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej, także wtedy, gdy śmierć następuje w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia.

ART. 3 JAK ZAWRZEĆ TYMCZASOWĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Tymczasową umowę ubezpieczenia na życie zawierasz z nami na podstawie kompletnego i poprawnie wypełnionego Wniosku.

ART. 4 JAK DŁUGO TRWA TYMCZASOWA UMOWA UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

- Tymczasową umowę ubezpieczenia na życie zawierasz z nami w dniu, w którym nasz agent ubezpieczeniowy przyjmuje Twój Wniosek.
- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po dniu, w którym zawieramy umowę, nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas składki.
- Tymczasowa umowa ubezpieczenia na życie, którą zawierasz z nami na rzecz danego Ubezpieczonego, ulega rozwiązaniu:
 - z końcem dnia, który poprzedza dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w Umowie Ubezpieczenia,
 - w dniu, w którym informujesz nas, że nie akceptujesz warunków Umowy Ubezpieczenia, które przedstawiamy Ci w Dokumencie Ubezpieczenia i które są inne niż określone w Twoim Wniosku,
 - w dniu, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu od tej umowy albo o jej wypowiedzeniu,
 - 60 dnia od jej zawarcia, a jeżeli termin ten został przez nas przedłużony – ostatniego dnia tego nowego terminu,
 - w dniu, w którym informujemy Cię, że odmawiamy zawarcia z Tobą Umowy Ubezpieczenia na rzecz tego Ubezpieczonego,
 - w dniu śmierci tego Ubezpieczonego.

ART. 5 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ALBO JĄ WYPOWIEDZIEĆ

Możesz odstąpić od Tymczasowej umowy ubezpieczenia na życie albo ją wypowiedzieć w każdej chwili w czasie trwania tej umowy. W takim przypadku udzielamy ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o odstąpieniu albo o wypowiedzeniu.

ART. 6 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

- Składka za Tymczasową umowę ubezpieczenia na życie jest równa składce za Umowę Ubezpieczenia, która jest wskazana we Wniosku.
- Sposób optacania składek wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia Umowy Ubezpieczenia.
- Zwracamy Ci składkę za danego Ubezpieczonego, jeśli nie dojdzie do zawarcia Umowy Ubezpieczenia z innego powodu niż śmierć tego Ubezpieczonego.

ART. 7 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli Ubezpieczony umiera, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia.
2. Pieniądże wypłacamy Uposażonym, których Ubezpieczony wskazuje we Wniosku.
3. Jeśli Uposażony umiera przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynia się do jego śmierci, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
4. Jeśli w dniu śmierci Ubezpieczonego Uposażony, który nie jest osobą fizyczną, już nie istnieje, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, to pieniądze z tytułu jego śmierci wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Ubezpieczenia jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej wniosek,
- c) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.

ART. 9 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy Uposażonemu, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, wskutek którego następuje śmierć Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- 1) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
- 2) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,

- 3) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeżeli Ubezpieczony uczestniczył w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywał czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
- 4) w związku z udziałem Ubezpieczonego jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w aktach przemocy innych niż te, które wskazujemy wyżej,
- 5) w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym,
- 6) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- 7) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 8) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- 9) w związku z Wyczynowym Uprawianiem Sportu lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

ART. 10 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O SWOIM UBEZPIECZENIU

W sprawach, których nie regulujemy w tym dokumencie, stosujemy ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Ubezpieczenia.

OWU umowy zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Terminowe ubezpieczenie na życie



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (TUŻ/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 7 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (TUŻ/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
2. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera w czasie trwania Umowy Dodatkowej; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
3. **Uposażony** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała wypłatę w razie jego śmierci
4. **Uposażony Zastępczy** – osoba którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała pieniądze, gdy w chwili jego śmierci Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy pełnoletni Ubezpieczony miałby 70 lat lub więcej, a Dziecko miałoby 18 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 5 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Pieniądze z Umowy Dodatkowej wypłacamy Uposażonemu, którego wskazuje Ubezpieczony.
2. Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Uposażonego i określić, jak mamy podzielić wypłatę. Jeśli nie wskaże tego podziału – dzielimy ją na równe części.
3. W każdej chwili Ubezpieczony może zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana obowiązuje od dnia, w którym otrzymujemy jego oświadczenie.
4. Jeśli Uposażony umiera przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynia się do jego śmierci, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
5. Jeśli w dniu śmierci Ubezpieczonego Uposażony, który nie jest osobą fizyczną, już nie istnieje, to tę część, która by mu przypadła, dzielimy i wypłacamy proporcjonalnie pozostałym Uposażonym.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych, to pieniądze wypłacamy Uposażonym Zastępczym, z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
7. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, to pieniądze z tytułu jego śmierci wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
8. Jeśli Ubezpieczony umiera w czasie ochrony ubezpieczeniowej, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu jego śmierci.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej wniosek o wypłatę,
- c) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.

Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności i nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego następuje w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu pierwszej Umowy Dodatkowej.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Poważne zachorowanie

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli zachorujesz na jedną z ponad 50 poważnych chorób, takich jak np.: nowotwór złośliwy, zawał serca, udar mózgu.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie poważnego zachorowania, to **1 000 000 zł**.

Warto wiedzieć

Ubezpieczeniem w razie poważnego zachorowania możesz objąć również dziecko – wersja dla dzieci obejmuje ponad 25 poważnych chorób, takich jak np.: cukrzyca insulinozależna, nowotwory złośliwe i niewydolność nerek.

Zwróć uwagę

Pieniądze wypłacimy Ci po wystąpieniu poważnego zachorowania – nie wymagamy ani faktur za leczenie, ani oświadczeń o wydatkach.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZM/TZ/2/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1 – 5 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 6 – 10 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZM/TZ/2/2024)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

W ramach z przykładami zamieszczamy komentarze, które ułatwią Ci zrozumienie tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia. Te treści nie zastępują pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia – to po prostu dodatkowe wyjaśnienie dla Ciebie jako naszego Klienta.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
3. **Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania z danej grupy. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
4. **Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej** – maksymalna łączna wypłata za Poważne Zachorowania ze wszystkich grup. Limit ten obowiązuje łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Wyrażamy go w procentach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
5. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
6. **Poważne Zachorowanie** – choroba, procedura medyczna lub zaburzenie funkcji organizmu Ubezpieczonego, które:
 - a) wystąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i
 - b) w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji danego Poważnego Zachorowania.Poważne Zachorowania, które są objęte ubezpieczeniem – dla pełnoletnich Ubezpieczonych i Dzieci – oraz ich definicje znajdziesz na końcu tego dokumentu
7. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
8. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Poważnego Zachorowania; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całonocną opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
 - b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych. Szpitalem nie jest ambulatorium, ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
10. **Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – stan, który nie rokuje poprawy i w którym Ubezpieczony nie może samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 6 miesięcy, przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:
 - a) kąpiel – przez którą rozumiemy zdolność umycia się,
 - b) ubieranie się – przez które rozumiemy zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
 - c) przemieszczanie się – przez które rozumiemy zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
 - d) korzystanie z toalety – przez które rozumiemy zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
 - e) odżywianie się – przez które rozumiemy zdolność do spożycia posiłku.Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji stwierdza neurolog
11. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
12. **Ubytek Neurologiczny** – deficyt czynności układu nerwowego, który jest spowodowany chorobą lub urazem i jest stwierdzany wyłącznie w przedmiotowym badaniu neurologicznym. Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - a) zmian, które zostały stwierdzone wyłącznie w badaniach obrazowych,
 - b) bólów głowy, zaburzeń pamięci, zaburzeń koncentracji,
 - c) napadów padaczkowych,
 - d) padaczki alkoholowej
13. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
14. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynie, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
15. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Umowę Dodatkową można zawrzeć w jednej z dwóch wersji – dla pełnoletnich Ubezpieczonych albo dla Dzieci.
3. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego – także wtedy, gdy jest ono skutkiem Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.

4. Wypłata świadczenia za Poważne Zachorowanie wpływa na zakres udzielanej przez nas dalszej ochrony ubezpieczeniowej. W określonych przypadkach Ubezpieczony może otrzymać świadczenie za więcej niż jedno Poważne Zachorowanie.
5. Poważne Zachorowania, które są objęte ubezpieczeniem dzielimy na 7 grup – według tabeli Grupy Poważnych Zachorowań. W tabeli tej wskazujemy również:
 - a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej za każde Poważne Zachorowanie,
 - b) Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań,
 - c) Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

Grupy Poważnych Zachorowań			
Grupa i Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań	Poważne Zachorowanie – pełnoletni Ubezpieczeni	Poważne Zachorowanie – Dzieci	% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
Grupa 1 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 150% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Zażycie Poważnego Zachorowania z tej grupy, za które wypłacimy świadczenie, powoduje rozwiązanie Umowy Dodatkowej i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań, nawet jeśli nie został osiągnięty Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej.	1. ciężka sepsa (posocznica)	1. ciężka sepsa (posocznica)	150%
	2. śpiączka powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne	2. śpiączka powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne	150%
	-	3. cukrzyca typu 1 (insulinozależna)	150%
	3. porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji	-	150%
	4. choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%
	5. choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne oraz Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%
	6. choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki	-	150%
	7. postępujące porażenie nadjędrowe	-	150%
8. dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	150%	
Grupa 2 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań, wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. infekcyjne zapalenie wsierdzia	1. infekcyjne zapalenie wsierdzia	100%
	2. kardiomiopatia rozstrzeniowa	-	10%
	3. operacja aorty	-	100%
	4. operacja tętnicy płucnej	-	100%
	5. operacja zastawek serca	-	100%
	6. pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)	-	100%
	7. przezskórna interwencja wieńcowa	-	10%
	8. udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%
	9. udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%
	10. zawał serca	-	100%
	11. amputacja kończyn	-	100%

Grupa 3 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań, wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%	
	2. bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%	
	3. operacja mózgu	1. operacja mózgu	100%	
	4. pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	2. pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	100%	
	5. wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%	
	6. wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	-	10%	
	7. zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	3. zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	100%	
	-	4. zapalenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	100%	
	-	5. zapalenie mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%	
	-	6. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne	100%	
	-	7. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych	10%	
	Grupa 4 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań, wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. przeszczep narządów	1. przeszczep narządów	100%
		2. rozległe oparzenie	2. rozległe oparzenie	100%
		3. schyłkowa niewydolność nerek	3. schyłkowa niewydolność nerek	100%
4. schyłkowa niewydolność wątroby		4. schyłkowa niewydolność wątroby	100%	
5. schyłkowa niewydolność oddechowa		-	100%	
6. gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie		-	100%	
7. choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca resekcją jelita		-	100%	
8. toczeń rumieniowaty układowy (SLE)		-	100%	
9. twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)		-	100%	
10. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem		-	100%	
11. wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem		-	10%	
Grupa 5 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań, wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. stwardnienie rozsiane	-	100%	
	2. całkowita i nieodwracalna utrata mowy	-	100%	
	3. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	1. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	100%	
	4. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	2. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	25%	
	5. wszczepienie implantu ślimakowego	3. wszczepienie implantu ślimakowego	10%	
	6. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	4. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	100%	
	7. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	5. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	50%	
	8. tężec leczony szpitalnie	6. tężec leczony szpitalnie	100%	
	9. wścieklizna leczona szpitalnie	7. wścieklizna leczona szpitalnie	100%	
	10. choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji	-	100%	

Grupa 6 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań, wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	1. nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	100%
	2. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	2. łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	3. łagodny nowotwór mózgu	3. łagodny nowotwór mózgu	10%
	4. usunięcie płuca (pneumonektomia)	-	100%
	5. łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	4. łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
	6. niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku)	5. niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku)	100%
Grupa 7 Limit Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań: 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania z tej grupy, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań, wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy.	1. nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania	1. nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania	10%
Limit Wypłat dla Umowy Dodatkowej			230%

6. Za każde Poważne Zachorowanie, które wymieniamy w tabeli Grupy Poważnych Zachorowań, świadczenie wypłacamy tylko raz w ramach pierwszej i kolejnych Umów Dodatkowych. Ograniczenie to nie dotyczy nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania o innym umiejscowieniu niż nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie. Takie samo umiejscowienie oznacza, że nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania dotyczy tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu – w przypadku narządów położonych symetrycznie.

Przykład 1

Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy skóry w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, to nie otrzyma już świadczenia za kolejny taki nowotwór złośliwy skóry.

Przykład 2

Jeśli osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymała już od nas świadczenie za nowotwór złośliwy gruczołu piersiowego w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, to nie otrzyma już świadczenia za taki nowotwór złośliwy drugiego gruczołu piersiowego.

7. Jeśli na skutek jednego Poważnego Zachorowania występuje inne Poważne Zachorowanie, które zgodnie z dokumentacją medyczną jest jego bezpośrednim następstwem, to wypłacamy świadczenie tylko za to Poważne Zachorowanie, które wystąpiło jako pierwsze. Ograniczenie to nie dotyczy progresji nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, za który wypłaciliśmy 10% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, do nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, ani zmiany jego kwalifikacji na nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym. W takich przypadkach dopłacamy do % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który przewidujemy do wypłaty za nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, nie więcej jednak niż:

- % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań
- % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

Przykład:

Osoba, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową otrzymuje diagnozę udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i takim ubytkiem jest całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku. Z dokumentacji medycznej tej osoby wynika, że utrata wzroku w jednym oku jest bezpośrednim następstwem udaru mózgu. W takiej sytuacji Ubezpieczony otrzymuje świadczenie tylko za udar mózgu.

- Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej, jeśli Ubezpieczony umiera w wyniku Poważnego Zachorowania w ciągu:
 - 30 dni od jego wystąpienia – w przypadku: ciężkiej sepsy (pocznicy), niedokrwiłości aplastycznej (aplazji szpiku), nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania, operacji mózgu, porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, pourazowego uszkodzenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utraćę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, przeszczepu narządów, rozległego oparzenia, śpiączki powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, usunięcia płuca (pneumonektomii),
 - 14 dni od jego wystąpienia – w przypadku: amputacji kończyn, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej resekcją jelita, infekcyjnego zapalenia wsierdza, łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, łagodnego guza kanału kręgowego leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, operacji aorty, operacji tętnicy płucnej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), przezskórnej interwencji wieńcowej, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, zawału serca.
- Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje Poważne Zachorowanie spowodowane wyłącznie Nieszczęśliwym Wypadkiem.
- Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy za udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne, udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), przezskórną interwencję wieńcową lub zawał serca, które występują w ciągu 5 lat od zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej, jeśli przed zawarciem tej umowy u Ubezpieczonego zdiagnozowano:

- a) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne lub udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych,
- b) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku przeszłokrotnej interwencji wieńcowej, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass) lub zawału serca.

Na podstawie danych uzyskanych w procesie oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy z Tobą i Ubezpieczonym odrębnie uzgodnić, że nie stosujemy ograniczenia naszej odpowiedzialności, które dotyczą nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy.

W takim przypadku zniesienie ograniczenia odpowiedzialności w tym zakresie proponujemy w odrębnej korespondencji.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie z grupy 1, za które wypłacimy świadczenie,
 - e) gdy wystąpi Poważne Zachorowanie, za które wypłata – wraz z wypłatami za wcześniejsze Poważne Zachorowania – spowoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarteś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - g) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 72 lata lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową
 w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) zakresu udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Za Poważne Zachorowanie z grup 2 – 7 wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zgodnie z tabelą Grupy Poważnych Zachorowań, nie więcej jednak niż:

a) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań

ani

b) % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej.

Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Grupy Poważnych Zachorowań wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich Poważnych Zachorowań z tej grupy. W zakresie Poważnych Zachorowań z pozostałych grup nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Z chwilą zajścia Poważnego Zachorowania, które powoduje osiągnięcie Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.

2. Jeśli jako pierwsze występuje Poważne Zachorowanie z grupy 1, to wypłacamy Ubezpieczonemu 150% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia takiego Poważnego Zachorowania wygasa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.

3. Jeśli Poważne Zachorowanie z grupy 1 występuje jako kolejne, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zgodnie z tabelą Grupy Poważnych Zachorowań, nie więcej jednak niż % Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który pozostaje do wykorzystania w ramach Limitu Wypłat dla Umowy Dodatkowej. Z chwilą zajścia takiego Poważnego Zachorowania wygasa ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich grup Poważnych Zachorowań i Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu.

4. Kwotę wypłaty obliczamy na podstawie Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Poważnego Zachorowania. Za taki dzień wystąpienia uznajemy:

- a) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku: operacji aorty, operacji mózgu, operacji tętnicy płucnej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), przeszłokrotnej interwencji wieńcowej, usunięcia płuca (pneumonektomii), wszczepienia implantu ślimakowego, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenie jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej resekcją jelita,
- b) dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku: nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania,
- c) dzień wykonania badania diagnostycznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy, a następnie do zalecenia przeciwnowotworowego leczenia szpitalnego Ubezpieczonego – w przypadku gruźlicy pozapłucnej z jednoczesnym zajęciem płuca leczzonej szpitalnie,
- d) dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu, jeśli Ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu narządów,
- e) ostatni dzień okresu, który wskazujemy w definicji Poważnego Zachorowania – w przypadku całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy oraz porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji,
- f) dzień uznania Ubezpieczonego za trwałe i całkowicie niezdolnego do samodzielnej egzystencji – w przypadku choroby Alzheimera powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, choroby Parkinsona powodującej trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, dystrofii mięśniowej powodującej Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji, pourazowego uszkodzenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji,
- g) dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją Poważnego Zachorowania – w przypadku pozostałych Poważnych Zachorowań.

5. Jeśli po wystąpieniu udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych, zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutek tego Poważnego Zachorowania, to za dzień wystąpienia udaru mózgu z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi, uznajemy dzień wystąpienia udaru mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych traktujemy jako część świadczenia za udar mózgu z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi.

Takie zasady stosujemy również w przypadku:

- a) bakteryjnego albo wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujących trwałe Ubytki Neurologiczne,
- b) zapalenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne oraz zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodujących trwałe Ubytki Neurologiczne.

Trwałe Ubytki Neurologiczne muszą utrzymywać się po 3 albo po 6 miesiącach – w zależności od okresu, który wskazujemy w definicji odpowiedniego Poważnego Zachorowania z trwałymi Ubytkami Neurologicznymi.

6. Jeśli po 3 miesiącach od wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu:
 - a) zostaną stwierdzone trwałe Ubytki Neurologiczne, jako skutki tego Poważnego Zachorowania, albo
 - b) zostanie on usunięty neurochirurgicznie lub będzie leczony radioterapią interwencyjną,
 to za dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne uznajemy dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu. W takim przypadku wcześniej wypłaconą kwotę za łagodny nowotwór mózgu traktujemy jako część świadczenia za łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpiezonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu Poważnego Zachorowania oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentacji medycznej z diagnostyki, rozpoznania i leczenia, w tym: kart wypisu ze szpitala, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań,
- d) innych dokumentów, które dotyczą Poważnego Zachorowania – na nasz wniosek.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką to Dziecko pozostaje,
- c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
- d) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z wadą wrodzoną Dziecka,
- g) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- h) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- i) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

ART. 9 JAKIE POWAŻNE ZACHOROWANIA OBEJMUJE UBEZPIECZENIE I JAKIE SĄ ICH DEFINICJE

Pojęcia, które piszemy wielką literą (w tym: Ubytek Neurologiczny, Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji) zdefiniowaliśmy na początku tego dokumentu.

Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
1 amputacja kończyn – jednoczesna utrata co najmniej dwóch kończyn lub ich części w wyniku choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku: a) na poziomie stawu skokowego lub powyżej – w przypadku kończyny dolnej, b) na poziomie nadgarstka lub powyżej – w przypadku kończyny górnej	✓	-
2 bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, które spowodowało zaburzenia funkcji mózgu. Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych stwierdza neurolog na podstawie: a) trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby oraz b) wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, który potwierdza bakteryjną przyczynę zachorowania. Ubezpieczenie nie obejmuje neuroboreliozy	✓	-
3 bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan choroby, który spełnia warunki wskazane w definicji bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby	✓	-
4 całkowita i nieodwracalna utrata mowy – całkowita utrata funkcji mowy, którą spowodowało nieodwracalne uszkodzenie krtani lub nieodwracalne uszkodzenie ośrodka mowy w mózgu w wyniku choroby lub urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem. Całkowitą i nieodwracalną utratę mowy stwierdza laryngolog lub neurolog, gdy całkowita utrata funkcji mowy utrzymuje się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty mowy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi	✓	-
5 całkowita i nieodwracalna utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla któregoś ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (także z wszczepieniem implantu ślimakowego)	✓	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
6	<p>całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości słyszenia jednym uchem, w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w jednym uchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu w jednym uchu:</p> <p>a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla tego ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB,</p> <p>b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (także z wszczepieniem implantu ślimakowego)</p>	✓	✓
7	<p>całkowita i nieodwracalna utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku stwierdza okulista.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym</p>	✓	✓
8	<p>całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w jednym oku stwierdza okulista.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym</p>	✓	✓
9	<p>choroba Alzheimera powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Alzheimera stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do których doszło w wyniku chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS)</p>	✓	-
10	<p>choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – postępująca choroba układu nerwowego, która doprowadziła do: zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej i szybko postępującego otępienia oraz zaburzenia funkcji ruchu, w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Creutzfeldta-Jakoba stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wyników badań EEG lub badań obrazowych</p>	✓	-
11	<p>choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca resekcją jelita – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która doprowadziła do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz przeprowadzenia przynajmniej częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego). Rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego</p>	✓	-
12	<p>choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego lub neuronów drogi piramidowej i powoduje trwałe Ubytki Neurologiczne, prowadzące do zaburzeń motoryki.</p> <p>Ubezpieczenie obejmuje:</p> <p>a) stwardnienie zanikowe boczne, łac. Sclerosis Lateralis Amyotrophica (SLA),</p> <p>b) postępujący zanik mięśni, ang. Progressive Muscular Atrophy (PMA),</p> <p>c) pierwotne stwardnienie boczne, ang. Primary Lateral Sclerosis (PLS),</p> <p>d) postępujące porażenie opuszkowe, ang. Progressive Bulbar Palsy (PBP).</p> <p>Chorobę neuronu ruchowego stwierdza neurolog na podstawie:</p> <ul style="list-style-type: none"> standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz trwałych Ubytków Neurologicznych, które doprowadziły do zaburzeń motoryki i które utrzymują się nieprzerwanie przez co najmniej 3 miesiące 	✓	-
13	<p>choroba Parkinsona powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji. Chorobę Parkinsona stwierdza neurolog na podstawie trwałych Ubytków Neurologicznych. Ubezpieczenie nie obejmuje innych, poza chorobą Parkinsona, przyczyn parkinsonizmu (zespołu parkinsonowskiego)</p>	✓	-
14	<p>ciężka sepsa (posocznica) – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz:</p> <p>a) jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i</p> <p>b) została rozpoznana w czasie pobytu w Szpitalu i</p> <p>c) spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu.</p> <p>Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu sepsy, które spełniają kryteria wstrząsu septycznego wg Sepsis-3, również stanowią Poważne Zachorowanie w rozumieniu tej definicji.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3)</p>	✓	✓
15	<p>cukrzyca typu 1 (insulinozależna) – choroba metaboliczna, u podłoża której leży przewlekły, autoimmunologiczny proces, który doprowadził do zniszczenia komórek trzustki produkujących insulinę. Choroba ta jest leczona insuliną z uwagi na zagrożenie życia. Cukrzycę stwierdza diabetolog</p>	-	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
16	<p>dystrofia mięśniowa powodująca Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – pierwotna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która spowodowała postępujący zanik mięśni i doprowadziła do trwałych zaburzeń ich funkcji – w stadium Trwałej Utraty Możliwości Samodzielnej Egzystencji.</p> <p>Dystrofię mięśniową stwierdza neurolog na podstawie:</p> <p>a) standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz</p> <p>b) wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków postępującego zaniku mięśni, który jest spowodowany przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi</p>	✓	-
17	<p>gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie – zakażenie prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) w stadium aktywnej choroby z zajęciem co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, oraz z jednoczesnym zajęciem płuca. W wyniku tego zakażenia zostało podjęte pełne leczenie przeciwprątkowe podczas pobytu w Szpitalu.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia gruźlicy są:</p> <p>a) objawy charakterystyczne dla aktywnej choroby,</p> <p>b) wyniki badań obrazowych i bakteriologicznych.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • takiego stanu, który opisany jest wyłącznie pozytywnym wynikiem skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe, • bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej 	✓	-
18	<p>infekcyjne zapalenie wsierdza – zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, które składają się ze skrzepin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzonych w obrazach echokardiograficznych.</p> <p>Infekcyjne zapalenie wsierdza stwierdza lekarz chorób wewnętrznych lub kardiolog na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych, które wykazują obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza w 2 różnych posiewach.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje infekcyjnego zapalenia wsierdza u osób, które przebyły operację zastawek serca w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zapalenie wsierdza</p>	✓	✓
19	<p>kardiomiopatia rozstrzeniowa – pierwotna choroba mięśnia sercowego, która prowadzi do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Kardiomiopatię rozstrzeniową stwierdza kardiolog na podstawie stwierdzenia obniżenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca (ang. EF – Ejection Fraction) poniżej 30% w dwóch kolejnych badaniach echokardiograficznych, wykonanych w odstępie co najmniej 3 miesięcy. Ubezpieczenie nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej</p>	✓	-
20	<p>łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne przez co najmniej 3 miesiące.</p> <p>Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, patologii tętniczych ani żylnych naczyń mózgowych, krwinków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego</p>	✓	✓
21	<p>łagodny nowotwór mózgu – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym.</p> <p>Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zmian o średnicy poniżej 10 mm, w tym guzów przysadki, • krwinków, ropni, ziarniniaków, • patologii tętniczych ani żylnych naczyń mózgowych 	✓	✓
22	<p>łagodny guz kanatu kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – guz zlokalizowany wewnątrz kanatu kręgowego, o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub który – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne przez co najmniej 3 miesiące.</p> <p>Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje: nowotworów złośliwych, ziarniniaków, ropni, krwinków, malformacji naczyniowych, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, przepukliny krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, urazów kręgosłupa</p>	✓	✓
23	<p>niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku) – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku, która przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25%.</p> <p>Niedokrwistość aplastyczną (aplazję szpiku) stwierdza hematolog na podstawie występowania co najmniej 2 spośród 3 poniższych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:</p> <p>a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,</p> <p>b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,</p> <p>c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm³.</p> <p>Ponadto Ubezpieczony musi spełnić jeden z poniższych warunków:</p> <ul style="list-style-type: none"> • musi być leczony co najmniej 2 przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego w ciągu 3 kolejnych miesięcy, • otrzymywać leczenie immunosupresyjne, • poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowej lub odwracalnej postaci niedokrwistości aplastycznej</p>	✓	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
24	<p>nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Do nowotworów złośliwych zaliczamy także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), biataczki a także inne zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym.</p> <p>Rozpoznanie nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <p>a) zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, the 8th Edition of the TNM Classification i następnych),</p> <p>b) nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa,</p> <p>c) nowotworów gruczołu krokowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM, poza takimi nowotworami w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7, • dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony, poza takimi nowotworami, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony i dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7, <p>d) raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,</p> <p>e) guzów granicznych jajnika w stadium IA ani IB według klasyfikacji FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne),</p> <p>f) chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV.</p> <p>Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia</p>	✓	✓
25	<p>nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który jest ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych.</p> <p>Rozpoznanie nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.</p> <p>Do nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania zaliczamy wyłącznie następujące zmiany chorobowe:</p> <p>a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą,</p> <p>b) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne,</p> <p>c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,</p> <p>d) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM lub których stopień zaawansowania w klasyfikacji TNM nie został określony, a których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi mniej niż 7,</p> <p>e) raki brodawkowate lub pęcherzykowe tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,</p> <p>f) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dysplazji, • zmian przedrakowych innych niż wymienione powyżej, • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • guzów granicznych jajnika, • chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV. <p>Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia</p>	✓	✓
26	<p>operacja aorty – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wyłączeniem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii. Operacja ta polega na:</p> <p>a) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub</p> <p>b) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • operacji, które wykorzystują mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórnych operacji naprawczych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, • operacyjnego leczenia zastawek aorty 	✓	-
27	<p>operacja mózgu – operacja neurochirurgiczna mózgu, wykonana z powodu choroby, w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, na podstawie wskazań neurochirurga.</p> <p>Ubezpieczenie obejmuje także operacyjne otwarcie czaszki w celu usunięcia ropnia mózgu.</p> <p>W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu, która jest wykonywana z powodu nowotworu ani udaru mózgu</p>	✓	✓
28	<p>operacja tętnicy płucnej – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym lub nacięciu tętnicy i usunięciu z niej materiału zatorowego. Operacja ta jest przeprowadzana na podstawie wskazań kardiologa lub kardiochirurga.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu technik śródnaczyniowych ani środków farmakologicznych</p>	✓	-
29	<p>operacja zastawek serca – operacja kardiologiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych</p>	✓	-

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
30	<p>pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczęcie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przeszskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych, w tym techniki laserowe</p>	✓	-
31	<p>porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn, którą spowodowały Nieszczęśliwy Wypadek lub choroba oraz która nie rokuje poprawy i występuje przez co najmniej 3 kolejne miesiące.</p> <p>Rozpoznanie i zakres zmian stwierdza neurolog.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje osłabienia siły mięśni, które przejawia się w postaci niedowładów, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych).</p> <p>W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje porażenia kończyn w przebiegu choroby neuronu ruchowego, stwardnienia rozsianego, łagodnego guza kanału kręgowego ani postępującego porażenia nadjądrowego</p>	✓	-
32	<p>postępujące porażenie nadjądrowe – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która doprowadziła do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego.</p> <p>Postępujące porażenie nadjądrowe stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wystąpienia stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy</p>	✓	-
33	<p>pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne i Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku i spowodowało wystąpienie trwałych Ubytków Neurologicznych oraz Trwałą Utratę Możliwości Samodzielnej Egzystencji.</p> <p>Pourazowe uszkodzenie mózgu stwierdza neurolog na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <p>a) uszkodzenia rdzenia kręgowego, b) zaburzeń czynności lub uszkodzenia mózgu, które nie są bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub są skutkiem choroby, w tym występującej nagle</p>	✓	✓
34	<p>przeszczep narządów – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu Ubezpieczonemu, jako biorcy, zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego Poważnym Zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy z powodu choroby hematologicznej szpiku. Poważnym Zachorowaniem jest także fakt zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <p>a) przeszczepu innego narządu niż wymienione, b) przeszczepu wysp trzustkowych ani c) przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem.</p> <p>W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu szpiku kostnego w przebiegu niedokrwistości aplastycznej (aplazji szpiku)</p>	✓	✓
35	<p>przeszkórna interwencja wieńcowa – pierwszy zabieg wewnątrznaczyniowy, który jest przeprowadzany w celu korekcji minimum 50% zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Rozległość zwężenia lub niedrożność tętnic wieńcowych oraz fakt przeprowadzenia zabiegu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia specjalistycznego oraz w koronarografii</p>	✓	-
36	<p>rozległe oparzenie – uszkodzenie skóry, które powstało w wyniku poparzenia 3-go stopnia i które obejmuje co najmniej 20% powierzchni ciała.</p> <p>Rozpoznanie musi określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi</p>	✓	✓
37	<p>schyłkowa niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii.</p> <p>Schyłkową niewydolność nerek stwierdza nefrolog.</p> <p>Poważnym Zachorowaniem nie jest ostra niewydolność nerek, która wymaga okresowej dializoterapii</p>	✓	✓
38	<p>schyłkowa niewydolność oddechowca – schyłkowe i nieodwracalne stadium choroby płuc, które spowodowało znaczne obniżenie wydolności oddechowej.</p> <p>Schyłkową niewydolność oddechową stwierdza pulmonolog na podstawie wystąpienia łącznie wszystkich poniższych kryteriów:</p> <p>a) stosowania codziennej tlenoterapii przez co najmniej 3 miesiące z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii), potwierdzonej kwalifikacją specjalisty chorób płuc do domowego leczenia tlenem (DLT) w czasie co najmniej 15 godzin na dobę, b) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mm Hg (pO₂ < 55 mm Hg), według wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej, wykonanego jako element kwalifikacji lekarskiej do domowego leczenia tlenem (DLT), c) występuje duszność spoczynkowa, gdy nie stosuje się suplementacji tlenowej w okresie domowego leczenia tlenem (DLT)</p>	✓	-
39	<p>schyłkowa niewydolność wątroby – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby, która przebiega z występowaniem co najmniej dwóch z wymienionych objawów przez co najmniej 3 miesiące udokumentowanej obserwacji lekarskiej:</p> <p>a) trwata żółtaczką, b) wodobrzusze niepoddające się leczeniu, c) encefalopatia wrotna, d) żylaki przełyku (wystarczy jednokrotne stwierdzenie w badaniu gastrokopowym).</p> <p>Schyłkową niewydolność wątroby stwierdza hepatolog lub gastroenterolog podczas pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, • leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę 	✓	✓

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
40	<p>stwardnienie rozsiane – choroba zapalna układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami demielinizacyjnymi.</p> <p>Stwardnienie rozsiane stwierdza neurolog na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonalda).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> rozpoznanie tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome), procesów demielinizacyjnych nie zakończonych jednoznacznym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w tym rozpoznania prawdopodobnego stwardnienia rozsianego (ang. possible MS) 	✓	-
41	<p>śpiączka powodująca trwałe Ubytki Neurologiczne – stan utraty przytomności z brakiem odruchu rogówkowego oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne:</p> <p>a) który trwa w sposób ciągły i wymaga intubacji oraz mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin po zakończeniu śpiączki farmakologicznej (po odstawieniu leków znieczulenia ogólnego) oraz</p> <p>b) którego skutkiem jest trwały Ubytek Neurologiczny, stwierdzony przez neurologa.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia:</p> <ul style="list-style-type: none"> leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę 	✓	✓
42	<p>tężec leczony szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (<i>Clostridium tetani</i>). Leczenie Poważnego Zachorowania polega na dożylnym antybiotykoterapii oraz podaniu Ubezpieczonemu surowicy przeciw-tężcowej w czasie pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia tężca jest jeden z następujących objawów:</p> <p>a) bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),</p> <p>b) bolesne skurcze mięśni tułowia,</p> <p>c) łukowate wygięcie ciała (opistotonus).</p> <p>Rozpoznanie musi być także potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi</p>	✓	✓
43	<p>toczeń rumieniowaty układowy (SLE) – choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia tocznia rumieniowatego układowego (SLE) są standardy medyczne obowiązujące w chwili jego rozpoznawania, które obejmują:</p> <p>a) przynajmniej jednokrotne stwierdzenie obecności przeciwciał ANA w mianie $\geq 1:80$ oraz</p> <p>b) sumę punktów w kryteriach dodatkowych według EULAR/ACR ≥ 10 z obecnością co najmniej jednego objawu z domeny klinicznej.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje tocznia rumieniowatego układowego polekowego ani tocznia rumieniowatego krążkowego</p>	✓	-
44	<p>twardzina układowa (sklerodermia uogólniona) – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych.</p> <p>Twardzinę układową (sklerodermię uogólnioną) stwierdza reumatolog lub dermatolog, na podstawie wyników biopsji i badań serologicznych oraz na podstawie zajęcia procesem chorobowym serca, płuc lub nerek.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <p>a) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea),</p> <p>b) eozynofilowego zapalenia powięzi,</p> <p>c) zespołu CREST</p>	✓	-
45	<p>udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne – martwica tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności:</p> <p>a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,</p> <p>b) obecność nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania,</p> <p>c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwienego deficytu neurologicznego (RIND), zawatu mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, wtórnego krwotoku do istniejących ognisk podudarowych, patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawatu nerwu wzrokowego lub siatkówki), innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w Szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu) 	✓	-
46	<p>udar mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji udaru mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania</p>	✓	-
47	<p>usunięcie płuca (pneumonektomia) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na usunięciu całego płuca. Konieczność przeprowadzenia operacji musi wynikać z choroby albo urazu, który jest skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje operacji, która polega na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu)</p>	✓	-
48	<p>wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku).</p> <p>Wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych stwierdza neurolog na podstawie:</p> <p>a) wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby oraz</p> <p>b) wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, który potwierdza wirusową przyczynę zachorowania</p>	✓	-

	Poważne Zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje	Pełnoletni Ubezpieczeni	Dzieci
49	wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby	✓	-
50	wrzodzące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego (kolektomia totalna). Rozpoznanie wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-
51	wrzodzące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do chirurgicznego usunięcia części jelita grubego (kolektomia częściowa). Rozpoznanie wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	✓	-
52	wszczepienie implantu ślimakowego – wszczepienie w czasie zabiegu operacyjnego urządzenia elektronicznego, które pozwala na rozpoczęcie rehabilitacji słuchu u osoby z obustronną głuchotą lub obustronnym głębokim niedosłuchem	✓	✓
53	wścieklizna leczona szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa, która przebiega klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i skutkuje zastosowaniem leczenia podczas pobytu w Szpitalu. Podstawą do stwierdzenia wścieklizny są obowiązujące kliniczne kryteria diagnostyczne i kryteria laboratoryjne, które określa Państwowy Zakład Higieny	✓	✓
54	zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych – choroba, która wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) i którą potwierdzają pozytywne wyniki 2 testów: test na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz test Western Blot lub PCR. Poważne Zachorowanie musi być spowodowane przetoczeniem krwi lub preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej: a) przetoczenie to było niezbędne z medycznego punktu widzenia, b) przetoczenie miało miejsce po zawarciu pierwszej Umowy Dodatkowej, c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia, d) krew lub preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia, e) Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) ani hemofilii. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych, w tym przypadków, gdy do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków	✓	✓
55	zapalenie mózgu powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie centralnego układu nerwowego o ciężkim przebiegu, w którym proces chorobowy obejmuje mózg (półkule mózgowe, pień mózgu, mózdzek). Zapalenie mózgu stwierdza neurolog na podstawie: a) wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od początku choroby oraz b) wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, który potwierdza przyczynę zachorowania	-	✓
56	zapalenie mózgu bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji zapalenia mózgu powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od początku choroby	-	✓
57	zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe Ubytki Neurologiczne – zakażenie centralnego układu nerwowego o ciężkim przebiegu, w którym proces chorobowy obejmuje opony mózgowo-rdzeniowe. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych stwierdza neurolog na podstawie: a) wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od początku choroby oraz b) wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, który potwierdza przyczynę zachorowania	-	✓
58	zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych Ubytków Neurologicznych – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe Ubytki Neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych Ubytków Neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy od początku choroby	-	✓
59	zawał serca – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia zawału serca jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99.百分yl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego, b) obecność nowych niedokrwienych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidoczniona badaniem angiograficznym. Ubezpieczenie nie obejmuje: • epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, w tym ostrego zespołu wieńcowego, któremu nie towarzyszy rozpoznanie zawału serca ani niestabilnej choroby wieńcowej, • zawału serca typu 3 według konsensusu z 2018 r. Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, • zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów ostrego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi	✓	-

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 29/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Leczenie za granicą

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Nasz partner, firma Further Underwriting International SLU (dalej: Further), zorganizuje i opłaci:

- Twoje leczenie za granicą, jeśli zachorujesz na nowotwór lub gdy lekarz zaleci Ci operację: pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), wymiany lub naprawy zastawki serca, neurochirurgiczną albo przeszczepu,
- podróż oraz zakwaterowanie za granicą – zarówno Twoje, jak i osoby towarzyszącej, a także dawcy (w przypadku przeszczepu).

Dodatkowo otrzymasz:

- 100 euro za każdy dzień pobytu w szpitalu (maks. za 60 dni),
- zwrot kosztów leków zaleconych po leczeniu – do 50 000 euro.

Warto wiedzieć

- Ubezpieczenie obejmuje leczenie poza granicami Polski.
- Suma ubezpieczenia wynosi **2 000 000 euro** – łącznie w pierwszej i kolejnych umowach. Do tej kwoty będą opłacone koszty związane z Twoim leczeniem.

Zwróć uwagę

Na każdym etapie leczenia pomocą będzie Ci służyć firma Further, która:

- potwierdzi z zagranicznymi specjalistami Twoją diagnozę,
- przedstawi Ci do wyboru kliniki, w których można przeprowadzić leczenie,
- zajmie się organizacją Twojego wyjazdu, pobytu za granicą oraz powrotu do kraju.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta: **22 864 55 22**.
Jest ono czynne 24 godz. na dobę, 7 dni w tygodniu.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „LECZENIE ZA GRANICĄ” (LZ/TZ/5/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-12 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 13-15 Art. 15 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „LECZENIE ZA GRANICĄ” (LZ/TZ/5/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- W jakich okolicznościach nie wyptacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Obsługi Klienta Further** – całodobowe centrum zgłoszeniowe (tel. 22 864 55 22), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne i dokumenty od Ubezpieczonego, weryfikuje jego prawo do uzyskania usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz koordynuje ich organizację. Obsługa ta odbywa się w języku polskim
2. **Certyfikat Leczenia za Granicą (Certyfikat)** – pisemna zgoda, którą wydaje Further w naszym imieniu, na pokrycie kosztów Leczenia za Granicą oraz innych usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem i wiążą się z realizacją tego leczenia. Certyfikat jest ważny przez 3 miesiące od dnia jego wystawienia
3. **Dawca** – żywa osoba, od której są pobierane komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu
4. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
5. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia rejestracji do dnia wypisu włącznie
6. **Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym danej specjalizacji. Wybór Eksperta następuje z uwzględnieniem specyfiki schorzenia Ubezpieczonego
7. **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: Calle Paseo Recoletos 12, 28001 Madryt), za pośrednictwem którego zapewniamy organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, w tym nadzór nad procesem leczenia Ubezpieczonego
8. **Inżynieria Tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi
9. **Leczenie Alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej, w tym akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna
10. **Leczenie Eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które są w trakcie badań lub testów, niezależnie od tego, na jakim etapie są te badania lub testy
11. **Leczenie za Granicą** – leczenie Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego, które:
 - a) odbywa się poza Polską, w Placówce Medycznej wybranej przez Ubezpieczonego spośród co najmniej 3 placówek rekomendowanych przez Further oraz
 - b) jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, tj.:
 - jest zalecane w celu leczenia Poważnego Stanu Chorobowego lub poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego i
 - jest uznawane za najbardziej efektywny w poprawie wyników zdrowotnych – zarówno od strony medycznej, jak

i kosztowej – sposób leczenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat danego Poważnego Stanu Chorobowego.

Oceny, czy leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, dokonuje Further, z uwzględnieniem zakresu ubezpieczenia, rekomendacji Eksperta z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej oraz we współpracy z lekarzem prowadzącym Leczenie za Granicą, zgodnie z literaturą medyczną (w tym: NCCN – platforma współpracy 30 wiodących instytucji onkologicznych w USA oraz PubMed – angielskojęzyczna wyszukiwarka danych medycznych)

12. **Lek** – substancja lub połączenie substancji, które lekarz prowadzący Leczenie za Granicą przepisuje Ubezpieczonemu i które są stosowane, aby:

- a) przywrócić, poprawić lub zmodyfikować funkcje fizjologiczne organizmu Ubezpieczonego lub
- b) pomóc w postawieniu diagnozy Ubezpieczonemu.

Lek musi być wydawany na receptę i dopuszczony do obrotu w danym kraju. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego Leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu

13. **Moduł Ochrony** – jeden z 4 modułów, które wskazujemy w definicji Poważnego Stanu Chorobowego. Leczenie Poważnych Stanów Chorobowych w ramach Modułów Ochrony 2, 3 i 4 odbywa się wtedy, gdy choroba, która je spowodowała jest inna niż nowotwór. Leczenie nowotworów odbywa się w ramach Modułu Ochrony 1

14. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:

- a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
- b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
- c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową

15. **Okres Realizacji Świadczeń** – okres 36 miesięcy, który ustalamy odrębnie dla każdego Modułu Ochrony. Okres ten rozpoczyna się od pierwszego dnia pierwszej podróży Ubezpieczonego, którą organizuje Further na podstawie Certyfikatu dla pierwszego Poważnego Stanu Chorobowego z danego Modułu Ochrony. W okresie tym zapewniamy organizację i realizację wszystkich usług i świadczeń dla wszystkich Poważnych Stanów Chorobowych objętych ubezpieczeniem w tym Module Ochrony, o ile nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej lub nie wskazujemy inaczej w tym dokumencie

16. **Operacja** – każdy zabieg lub procedura medyczna o charakterze inwazyjnym, które są wykonywane w celu diagnostycznym lub terapeutycznym, w sali operacyjnej Szpitala, przez chirurga lub pod jego nadzorem

17. **Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą** – badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe Ubezpieczonego, które są organizowane przez lekarza, który posiada specjalistyczną wiedzę o chorobie Ubezpieczonego. Opieka ta odbywa się na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą i w zakresie, który ten lekarz wskazuje. Zalecenia te dotyczą typów procedur diagnostycznych oraz odstępów czasowych, w których powinny zostać wykonane.

Celem tej opieki jest ustalenie, czy Ubezpieczony może w przyszłości cierpieć na poważną chorobę oraz zapobieganie Poważnym Stanom Chorobowym lub ich nawrotom, gdy nie występują żadne objawy Poważnego Stanu Chorobowego

18. **Osoba Towarzysząca** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony i która towarzyszy mu w czasie Leczenia Za Granicą lub w czasie podróży do i z Placówki Medycznej

19. **Placówka Medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy (Szpital, przychodnia, gabinet lekarski), który:

- a) działa poza Polską, zgodnie z przepisami prawa miejscowego, i
- b) świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki oraz leczenia i
- c) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski

20. **Pobyt w Szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który trwa co najmniej 1 dzień i odbywa się w ramach Leczenia za Granicą

21. **Poważny Stan Chorobowy**: stan chorobowy, który wskazujemy poniżej, z uwzględnieniem podziału na 4 Moduły Ochrony:

- a) Moduł Ochrony 1: nowotwór, który wystąpił po raz pierwszy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i w czasie tej ochrony spełnia warunki zawarte w definicji tego Poważnego Stanu Chorobowego, która znajduje się na końcu tego dokumentu,

- b) Moduł Ochrony 2: zabieg sercowo-naczyniowy – pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), operacja zastawki serca,
- c) Moduł Ochrony 3: zabieg neurochirurgiczny,
- d) Moduł Ochrony 4: przeszczep – przeszczep narządów, przeszczep szpiku kostnego,

pod warunkiem, że zarówno rozpoznanie choroby, która powoduje konieczność przeprowadzenia zabiegu sercowo-naczyniowego, zabiegu neurochirurgicznego lub przeszczepu, jak i sama konieczność przeprowadzenia tego zabiegu lub przeszczepu, występują po raz pierwszy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego i w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji tego Poważnego Stanu Chorobowego, która znajduje się na końcu tego dokumentu

22. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, jaką możesz wykorzystać jako świadczenie ubezpieczeniowe na pokrycie kosztów Leczenia za Granicą oraz innych usług i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem i wiążą się z realizacją tego leczenia
23. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, izolatorium, ośrodek pomocy społecznej, dom opieki, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
24. **Terapia Genowa** – postępowanie, które dotyczy genów powodujących efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, nowotworów albo chorób przewlekłych)
25. **Terapia Komórkami Somatycznymi** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej lub procedury użycia komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom
26. **Terapia Limfocytami CAR-T** (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznymi receptorami antygenowymi) – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) została zmodyfikowana w specjalnym laboratorium tak, by były w stanie znaleźć i zaatakować komórki nowotworowe. Limfocyty T są pobierane z krwi pacjenta
27. **Transport Medyczny** – transport Ubezpieczonego ambulansem naziemnym lub powietrznym, który jest niezbędny z medycznego punktu widzenia. Transport ten zatwierdza i organizuje Further
28. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Główniej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie i która:
 - a) mieszka na stałe w Polsce i
 - b) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat
29. **Zagraniczna Druga Opinia Medyczna** – opinia, którą sporządza Ekspert na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. Opinia ta zawiera:
 - a) weryfikację wcześniejszej postawionej diagnozy,
 - b) propozycję optymalnego planu leczenia

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego.
3. Jeśli wystąpi Poważny Stan Chorobowy, to zapewniamy dostęp do Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej. Następnie jeśli są spełnione warunki, które wskazujemy w definicji Leczenia za Granicą i Poważny Stan Chorobowy jest objęty ubezpieczeniem w tej Umowie Dodatkowej, to zapewniamy:
 - a) organizację i pokrycie kosztów Leczenia za Granicą,
 - b) organizację i pokrycie kosztów:
 - podróży Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej (lub 2 Osób Towarzyszących w przypadku Dziecka) lub Dawcy, do Placówki Medycznej, która jest wskazana w Certyfikacie oraz podróży powrotnej,
 - Transportu Medycznego Ubezpieczonego,
 - zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej (lub 2 Osób Towarzyszących w przypadku Dziecka) lub Dawcy w hotelu,
 - c) wypłatę Ubezpieczonemu pieniędzy za każdy Dzień Pobytu w Szpitalu,
 - d) organizację i pokrycie kosztów Pobytu w Szpitalu Dawcy,

- e) przewiezienia ciała Ubezpieczonego lub Dawcy do Polski – w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Dawcy w czasie Leczenia za Granicą,
- f) po Leczeniu za Granicą:
 - pokrycie kosztów Leków,
 - Opiekę Medyczną po Leczeniu za Granicą, która zgodnie z wyborem Ubezpieczonego może być realizowana za granicą albo w Polsce,

do wysokości Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Szczegółowe zasady korzystania z usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie oraz informacje o kosztach, które pokrywamy w ramach ubezpieczenia, znajdziesz w dalszej części tego dokumentu.

4. Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej jest równa 2 000 000 euro – łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych.
5. W ramach Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej obowiązują następujące limity:

Rodzaj wypłaty	Limit
Pobyt w Szpitalu	Maksymalnie 6000 euro: <ul style="list-style-type: none"> • 100 euro za 1 Dzień Pobytu w Szpitalu, • wypłata maksymalnie za 60 Dni Pobytu w Szpitalu w czasie leczenia jednego Poważnego Stanu Chorobowego
Pokrycie kosztów Leków po Leczeniu za Granicą	Maksymalnie 50 000 euro łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych.

6. Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej podajemy w euro. Wszystkie koszty poniesione w walucie innej niż euro przeliczamy na euro. Do przeliczenia używamy średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski z dnia, w którym ten koszt został poniesiony.
7. Każdy koszt, który pokrywamy w ramach Umowy Dodatkowej dla Ubezpieczonego, Dawcy lub Osoby Towarzyszącej, pomniejsza Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
8. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie usługi i świadczenia, które są:
 - a) organizowane i realizowane za pośrednictwem Further i po wystawieniu Certyfikatu, z wyjątkiem Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, która jest przygotowywana przed wystawieniem Certyfikatu,
 - b) realizowane wyłącznie w Placówkach Medycznych rekomendowanych przez Further, poza Polską, z wyjątkiem:
 - Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą – jeśli zgodnie z wyborem Ubezpieczonego jest realizowana w Polsce, i
 - zakupu Leków w Polsce po Leczeniu za Granicą,
 - c) wykonywane w Okresie Realizacji Świadczeń dla danego Modułu Ochrony – Further każdorazowo sprawdza dotychczasowe wykorzystanie tego okresu i informuje Ubezpieczonego o okresie, który pozostał do wykorzystania.
9. Jeśli nie dochodzi do zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej z innej przyczyny niż Twoje wypowiedzenie lub rezygnacja z zawarcia tej umowy na kolejny okres, a:
 - a) Ubezpieczony jest w trakcie Leczenia za Granicą, to Further organizuje i realizuje usługi i świadczenia maksymalnie do końca Okresu Realizacji Świadczeń, lub
 - b) w czasie, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej, zdiagnozowano u niego Poważny Stan Chorobowy, to Further organizuje i realizuje usługi i świadczenia z danego Modułu Ochrony maksymalnie przez 36 miesięcy od rozwiązania Umowy Dodatkowej.
10. Jeśli Okres Realizacji Świadczeń kończy się, gdy Ubezpieczony jest w trakcie Leczenia za Granicą, to Further pokrywa koszty związane z tym leczeniem do najbliższego – zgodnie z planem leczenia – powrotu Ubezpieczonego do Polski.
11. Za dzień wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego uznajemy:
 - a) dzień wykonania badania histopatologicznego (oceny mikroskopowej wykonywanej przez specjalistę histopatologii), którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku nowotworu; jeśli nie jest możliwe pobranie materiału do badania histopatologicznego, to za dzień wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego uznajemy dzień wykonania badania fizykalnego, laboratoryjnego lub obrazowego, które było podstawą do postawienia wstępnej diagnozy nowotworu,
 - b) dzień, w którym Ubezpieczony po raz pierwszy otrzymał pisemne zalecenie wykonania zabiegu operacyjnego od lekarza odpowiedniej specjalności – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), operacji zastawki serca, zabiegu neurochirurgicznego,

- c) dzień, w którym Ubezpieczony po raz pierwszy otrzymał pisemne zalecenie wykonania przeszczepu od lekarza odpowiedniej specjalności – w przypadku przeszczepu narządów i przeszczepu szpiku kostnego.
12. Ubezpieczony może korzystać z usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie w okresie, który wskazujemy w Dokumentacie Ubezpieczenia.
13. Jeśli spóźnisz się z płatnościami Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do usług i świadczeń.
14. Ubezpieczenie nie obejmuje:
- nowotworu ani zmian chorobowych, które wskazują na jego wystąpienie (niezależnie od terminu postawienia ostatecznej diagnozy nowotworu) ani
 - Poważnych Stanów Chorobowych innych niż nowotwór i chorób, które są ich przyczyną,
- jeżeli te Poważne Stany Chorobowe, choroby lub zmiany chorobowe wystąpiły, zostały stwierdzone w badaniach obrazowych lub w materiale tkankowym pobranym do analizy, lub były leczone w ciągu 90 dni po dniu, w którym zawierasz pierwszą Umowę Dodatkową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej. Jeżeli przyczyną Poważnego Stanu Chorobowego jest Nieszczęśliwy Wypadek, to ubezpieczenie obejmuje taki Poważny Stan Chorobowy także w ciągu tych pierwszych 90 dni.
15. Ubezpieczenie nie obejmuje także:
- leczenia długotrwałych skutków ubocznych, które wynikają z Poważnego Stanu Chorobowego lub jego leczenia,
 - leczenia Poważnych Stanów Chorobowych innymi metodami, w tym alternatywnymi metodami leczenia, jeśli najbardziej efektywnym sposobem leczenia jest przeszczep w ramach Modułu Ochrony 4,
 - łagodzenia objawów chorób przewlekłych lub rehabilitacji (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej, terapii językowej i mowy), które wynikają z Poważnego Stanu Chorobowego lub jego leczenia,
 - terapii psychiatrycznej lub psychoterapii,
 - organizacji i pokrycia kosztów Leczenia za Granicą, jeśli Ubezpieczony nie otrzymuje wizy do kraju, w którym ma siedzibę Placówka Medyczna.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

- Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - gdy zostanie wykorzystana Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - gdy zostaną wykorzystane Okresy Realizacji Świadczeń dla wszystkich 4 Modułów Ochrony,
 - gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - gdy zostanie rozwiązana Umowa.
- Nie przedstawiamy propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli:
 - Ubezpieczony wykorzystał Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub Okresy Realizacji Świadczeń dla wszystkich 4 Modułów Ochrony lub
 - którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Leczenia za Granicą, to ma obowiązek:

- skontaktować się z Centrum Obsługi Klienta Further oraz zapewnić bezpłatny dostęp do swojej dokumentacji medycznej, która znajduje się w jego posiadaniu lub w posiadaniu lekarzy, Szpitali lub innych Placówek Medycznych odpowiedzialnych za leczenie Ubezpieczonego do dnia zgłoszenia, w zakresie niezbędnym do ustalenia

- historii medycznej Poważnego Stanu Chorobowego oraz organizacji Leczenia za Granicą,
- odpowiedzieć na pytania konsultanta Further, które dotyczą stanu zdrowia i wypełnić otrzymane z Further formularze,
- wybrać Placówkę Medyczną, w której chce skorzystać z leczenia – spośród placówek, które rekomenduje Further; jeśli Ubezpieczony nie dokona tego wyboru lub nie rozpocznie leczenia w wybranej Placówce Medycznej w ciągu 3 miesięcy od daty wystawienia Certyfikatu, to Further wystawia nowy Certyfikat, na podstawie aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- współpracować z Further w zakresie organizacji i realizacji procesu leczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

- Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wieku Ubezpieczonego.
- Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY DOSTARCZENIE ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

- Ubezpieczony, aby skorzystać z możliwości uzyskania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, powinien jak najszybciej zgłosić Further zdiagnozowanie u niego Poważnego Stanu Chorobowego.
- Aby uzyskać tę opinię i rozważyć skorzystanie z Leczenia za Granicą, Ubezpieczony:
 - kontaktuje się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Further i podaje swoje dane:
 - imię, nazwisko i adres,
 - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
 - kontaktowy numer telefonu,
 - datę zdiagnozowania Poważnego Stanu Chorobowego,
 - wypełnia formularze, które otrzymuje z Further lub odpowiada na pytania konsultanta dotyczące stanu zdrowia,
 - dostarcza do Centrum Obsługi Klienta Further wypełnione formularze oraz zgromadzoną dokumentację medyczną.
- Further w ramach tej usługi:
 - przekazuje Ubezpieczonemu informacje o dokumentacji medycznej, która jest potrzebna do przygotowania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej,
 - zapewnia ponowną ocenę histopatologiczną tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Ubezpieczonego – jeśli jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia,
 - przygotowuje tłumaczenie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego na język Eksperta,
 - przekazuje dokumentację Ekspertowi,
 - przekazuje Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną Ubezpieczonemu.
- Ubezpieczony otrzymuje Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną w języku polskim – w ciągu 30 dni od dostarczenia wszystkich wymaganych przez Further informacji medycznych i dokumentacji medycznej. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe przygotowanie tej opinii ze względu na konieczność uzyskania dodatkowych informacji medycznych, to Zagraniczna Druga Opinia Medyczna zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie jest możliwe.
- Do jednego Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego Further przygotowuje jedną Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną.
- Further informuje Ubezpieczonego, jak skorzystać z pozostałych usług i świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie.
- Ubezpieczony może zrezygnować z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej. W takiej sytuacji sposób leczenia Poważnego Stanu Chorobowego ustala Further zgodnie z aktualną wiedzą medyczną na temat tego Poważnego Stanu Chorobowego.
- Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, to usługa ta musi być zrealizowana przed wystawieniem Certyfikatu.

ART. 7 JAKIE KOSZTY PODRÓŻY LUB TRANSPORTU MEDYCZNEGO SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

- Ubezpieczenie obejmuje:
 - koszty podróży Ubezpieczonego, Dawcy lub Osoby Towarzyszącej poza granice Polski i z powrotem,
 - Transport Medyczny Ubezpieczonego.

2. Jeśli Ubezpieczony nie ukończył 18 lat, Further pokrywa koszty podróży dwóch Osób Towarzyszących.
3. Jeśli Ubezpieczony ukończy 18 lat przed powrotem do Polski, to Further organizuje podróż powrotną dla obu Osób Towarzyszących. W przypadku kolejnych wyjazdów tego Ubezpieczonego Further pokrywa koszty podróży jednej Osoby Towarzyszącej.
4. Podróż organizuje Further – na podstawie Certyfikatu i planu leczenia.
5. Ubezpieczony otrzymuje Certyfikat i plan leczenia w ciągu 30 dni od dostarczenia wszystkich wymaganych przez Further informacji medycznych i dokumentacji medycznej. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wystawienie Certyfikatu i przygotowanie planu leczenia, to Further wystawia ten Certyfikat i ustala plan leczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jest to możliwe.
6. Further nie pokrywa kosztów podróży samodzielnie poniesionych przez Ubezpieczonego ani inne osoby w jego imieniu.
7. Further wybiera rodzaj transportu z uwzględnieniem stanu zdrowia Ubezpieczonego.
8. Podróż – z wyjątkiem przypadków, w których jest wymagany Transport Medyczny – odbywa się pociągiem lub samolotem, w klasie ekonomicznej.
9. Termin wyjazdu Further ustala w taki sposób, aby Ubezpieczony miał czas na wykonanie czynności niezbędnych przed Leczeniem za Granicą.
10. Koszty podróży Ubezpieczonego, Dawcy i Osoby Towarzyszącej obejmują:
 - a) transport z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce do wyznaczonego lotniska albo międzynarodowej stacji kolejowej, a następnie do wyznaczonego hotelu albo Placówki Medycznej oraz
 - b) transport z hotelu albo Placówki Medycznej do wyznaczonego lotniska albo międzynarodowej stacji kolejowej, a następnie do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce.
11. Jeżeli Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego lub bez uzgodnienia z Further, zmienia terminy podróży, to ma obowiązek zwrócić koszty organizacji i zapewnienia usług i świadczeń, które poniosło Further w wyniku tej zmiany.
12. Ubezpieczenie nie obejmuje przejazdów Ubezpieczonego między hotelem a Placówką Medyczną w czasie Leczenia za Granicą.
13. Termin powrotu Ubezpieczonego lub Dawcy do Polski ustala Further w porozumieniu z lekarzem prowadzącym leczenie – po zakończeniu tego leczenia i gdy stan zdrowia danej osoby pozwala na podróż.

ART. 8 JAKIE KOSZTY ZAKWATEROWANIA OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

1. Ubezpieczenie obejmuje zakwaterowanie Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej lub Dawcy (w przypadku konieczności wykonania przeszczepu narządu lub szpiku kostnego) w hotelu o standardzie trzy- lub czterogwiazdkowym:
 - a) w pokoju dwuosobowym,
 - b) ze śniadaniem.
 Podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe, także na koszt Ubezpieczonego.
2. Jeśli Ubezpieczony nie ukończył 18 lat, Further pokrywa takie koszty zakwaterowania dla dwóch Osób Towarzyszących. Jeśli Ubezpieczony ukończy 18 rok życia przed powrotem do Polski, to Further pokrywa koszty zakwaterowania tych dwóch Osób Towarzyszących do czasu tego powrotu. W przypadku kolejnych wyjazdów tego Ubezpieczonego Further pokrywa zakwaterowania jednej Osoby Towarzyszącej.
3. O wyborze hotelu decyduje Further na podstawie dostępności pokoi oraz odległości od Placówki Medycznej lub lekarza prowadzącego – odległość ta nie może być większa niż 10 km.
4. Further rezerwuje hotel na okres, który wynika z planu leczenia i zmienia rezerwację, jeśli taka potrzeba wynika z przebiegu leczenia.
5. Ustalenia dotyczące zakwaterowania muszą zostać potwierdzone przez Further.
6. Jeżeli Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego lub bez uzgodnienia z Further, zmienia lokalizację zakwaterowania, to ma obowiązek zwrócić koszty organizacji i zapewnienia usług i świadczeń, które poniosło Further w wyniku tej zmiany.
7. Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - a) kosztów dodatkowych posiłków,
 - b) innych kosztów związanych z pobytem w hotelu.

ART. 9 JAKIE KOSZTY POBYTU W SZPITALU OBEJMUJE UBEZPIECZENIE W CZASIE LECZENIA ZA GRANICĄ

1. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) koszty związane z zakwaterowaniem i wyżywieniem:
 - zakwaterowanie Ubezpieczonego w Szpitalu, które wynika z planu leczenia, oraz dodatkowe łóżko dla Osoby Towarzyszącej – jeśli Szpital zapewnia taką usługę,
 - posiłki Ubezpieczonego, które są standardowo oferowane przez Szpital.
 - b) koszty związane z leczeniem Poważnego Stanu Chorobowego:
 - opieka lekarska, pielęgniarska oraz opieka pozostałego personelu medycznego w każdym oddziale Szpitala, w którym – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego i ze względu na przebieg leczenia – jest konieczne leczenie oraz w ambulatorium, zgodnie z zasadami pracy Szpitala,
 - inne usługi szpitalne, w tym usługi, które świadczy przychodnia przyszpitalna, także wtedy, gdy nie jest konieczny Pobyt w Szpitalu,
 - badania laboratoryjne i diagnostyczne, które są wymagane do przygotowania leczenia lub w jego trakcie i są wykonywane przez lekarza albo pod jego nadzorem, w tym: badania rentgenowskie (RTG) i tomografia komputerowa (CT), badania elektrokardiograficzne (EKG), elektroencefalograficzne (EEG) i ultrasonograficzne (USG), badania z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, mikroskopowe badanie szpiku kostnego (mielogram), echokardiografia, angiografia, rezonans magnetyczny (MRI),
 - znieczulenie, jego podanie przez wykwalifikowanego anestezjologa oraz opieka anestezjologiczna przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia,
 - korzystanie z sal operacyjnych oraz zabiegi operacyjne,
 - chirurgia rekonstrukcyjna, która polega na odbudowie lub naprawie struktury w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej w trakcie Leczenia za Granicą,
 - transfuzje krwi, podawanie osocza i surowicy,
 - podawanie tlenu, roztworów dożylnych i zastrzyków,
 - leczenie metodami radioterapii, chemioterapii oraz leczenie lub diagnostyka z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych,
 - leczenie powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie Leczenia za Granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej Placówce Medycznej i są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu Leczenia za Granicą,
 - Leki i środki opatrunkowe, które są używane w Placówce Medycznej,
 - Leki i środki opatrunkowe, które przepisuje lekarz prowadzący po leczeniu operacyjnym i które Ubezpieczony kupuje w ciągu 30 dni od opuszczenia Placówki Medycznej, a przed powrotem do Polski (zwracamy Ubezpieczonemu równowartość tych kosztów w taki sam sposób jak koszty Leków kupionych w Polsce),
 - Transport Medyczny Ubezpieczonego, usługi tłumacza medycznego, w Szpitalu lub Placówce Medycznej; tłumacz posługuje się tym samym językiem co Ubezpieczony.
2. Jeśli z powodu siły wyższej, ograniczeń logistycznych lub operacyjnych, które ogłaszają władze lokalne lub międzynarodowe, występują utrudnienia, które uniemożliwiają Further zorganizowanie i przeprowadzenie Leczenia za Granicą, to Further w Polsce organizuje usługi i świadczenia opisane w tym artykule (z wyłączeniem świadczeń realizowanych lub finansowanych przez publiczną służbę zdrowia), o ile:
 - a) te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają organizacji tych usług i świadczeń w Polsce,
 - b) istnieje możliwość realizacji równoważnego leczenia w Polsce. Usługi i świadczenia będą realizowane w Polsce do czasu, gdy Further będzie w stanie potwierdzić i zorganizować Leczenie za Granicą, a stan zdrowia Ubezpieczonego będzie umożliwiał kontynuację leczenia poza Polską.

ART. 10 ILE PIENIĘDZY I W JAKI SPOSÓB OTRZYMUJE UBEZPIECZONY ZA POBYT W SZPITALU

1. Jeśli Ubezpieczony spędza w Szpitalu przynajmniej 1 dzień, to otrzymuje 100 euro za każdy dzień Pobytu w Szpitalu.

2. Further wypłaca pieniądze na rachunek bankowy Ubezpieczonego, w ciągu 7 dni po każdym zakończonym tygodniu Pobytu w Szpitalu.

ART. 11 JAKIE KOSZTY ZWIĄZANE Z POBYTEM W SZPITALU DAWCY OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Ubezpieczenie obejmuje:

- a) koszty związane z zakwaterowaniem i wyżywieniem:
 - zakwaterowanie Dawcy w Szpitalu,
 - posiłki Dawcy, które są standardowo oferowane przez Szpital;
- b) koszty związane z przeszczepem:
 - postępowanie sprawdzające, czy dana osoba, wskazana jako potencjalny Dawca spośród członków rodziny Ubezpieczonego, może być Dawcą,
 - opieka przedoperacyjna,
 - opieka lekarska, pielęgniarska i pozostałego personelu medycznego podczas Pobytu w Szpitalu i w ambulatorium – zgodnie z zasadami pracy Szpitala,
 - badania laboratoryjne i diagnostyczne zlecone przez lekarza,
 - Leki i środki opatrunkowe,
 - operacja pobrania narządu, części narządu lub szpiku kostnego dla Ubezpieczonego,
 - opieka pooperacyjna,
 - leczenie powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie Leczenia za Granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w warunkach klinicznych i są niezbędne, żeby Dawca mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu procedury przeszczepu.

ART. 12 JAKIE KOSZTY ZWIĄZANE Z PRZEWIEZIENIEM CIAŁA UBEZPIECZONEGO LUB DAWCY DO POLSKI OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Jeśli w czasie Leczenia za Granicą umiera Ubezpieczony lub w przypadku przeszczepu – Dawca, to ubezpieczenie obejmuje:

- a) formalności administracyjne zakładu pogrzebowego, który oferuje usługi międzynarodowe,
- b) koszty zakupu trumny przewozowej oraz przygotowania ciała do transportu,
- c) koszty transportu ciała do miejsca pochówku w Polsce.

ART. 13 JAKĄ OPIEKĘ I JAKIE KOSZTY OBEJMUJE UBEZPIECZENIE PO LECZENIU ZA GRANICĄ

1. Further potwierdza Ubezpieczonemu zakończenie Leczenia za Granicą, gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego, z medycznego punktu widzenia, nie jest już konieczne dalsze leczenie w Placówce Medycznej.
2. Przed powrotem do Polski Ubezpieczony otrzymuje:
 - a) dokumentację medyczną z Leczenia za Granicą i
 - b) indywidualne zalecenia lekarza prowadzącego to leczenie, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą.Dokumentacja ta na wniosek Ubezpieczonego może zostać przetłumaczona na język polski.

Jeśli Ubezpieczony nie otrzymał przetłumaczonej dokumentacji przed powrotem do Polski, to otrzymuje dokumentację w języku angielskim albo w języku urzędowym kraju, w którym znajduje się Placówka Medyczna. Tłumaczenie na język polski Ubezpieczony otrzymuje w uzgodnionym z Further terminie i w uzgodniony sposób, po powrocie do kraju.
3. Further organizuje Opiekę Medyczną po Leczeniu za Granicą, gdy otrzyma wniosek Ubezpieczonego o taką opiekę.
4. Zgodnie z wyborem Ubezpieczonego Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą może się odbyć:
 - a) za granicą – z udziałem lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą lub jego zespołu; w tym przypadku Further organizuje tę opiekę i pokrywa koszty z nią związane, na zasadach obowiązujących w przypadku leczenia Poważnego Stanu Chorobowego – z uwzględnieniem podróży i zakwaterowania;
 - b) w Polsce – w tym przypadku Ubezpieczony organizuje tę opiekę we własnym zakresie, na podstawie zaleceń lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą oraz ponosi jej koszty. Further zwraca Ubezpieczonemu poniesione wydatki na podstawie: wniosku o zwrot kosztów, recept i rachunków lub innych dowodów poniesienia wydatków.

Rachunki za Opiekę Medyczną po Leczeniu za Granicą, która odbywa się w Polsce, powinny być dostarczone do Further w ciągu 180 dni od dnia, w którym Ubezpieczony ponosi te wydatki.

5. Ubezpieczony może skorzystać z Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą w Polsce, gdy opieka ta:
 - a) jest dostępna w naszym kraju i
 - b) jest wykonywana zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą i we wskazanym przez niego zakresie – jako niezbędna kontynuacja leczenia,
 - c) jest wykonywana w jednym ze Szpitali, które wybiera Further.
6. Zmiana zaleceń, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą i zostały wydane przez lekarza prowadzącego Leczenie za Granicą, jest możliwa:
 - a) ze względu na zmianę stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) na podstawie opinii lekarza, który prowadzi tę opiekę w Polsce. Zmiana taka musi zostać zatwierdzona przez Further, a zwrot wydatków następuje na podstawie nowych zaleceń, które dotyczą Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą. Aby uzyskać zgodę Further na zmianę zaleceń, Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Further.
7. Jeśli koszty Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą zostały sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia, to Ubezpieczony zaznacza taką informację we wniosku o zwrot kosztów. Further nie zwraca części kosztów finansowanych przez publiczną służbę zdrowia.
8. Further zwraca uzasadnione koszty do wysokości, w jakiej zostały poniesione, nie więcej jednak niż średnią cenę rynkową danego rodzaju badania diagnostycznego, profilaktycznego lub przesiewowego w Polsce.
9. Jeśli po Leczeniu za Granicą i powrocie Ubezpieczonego do Polski:
 - a) stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga ponownej oceny i
 - b) nadal obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, to może on wnioskować o taką ponowną ocenę.
10. Jeśli Further stwierdzi, że dalsze leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia, to wystawia nowy Certyfikat. Organizacja i realizacja kolejnego Leczenia za Granicą odbywa się według takich samych zasad jak w przypadku pierwszego Leczenia za Granicą.

ART. 14 JAKIE KOSZTY LEKÓW OBEJMUJE UBEZPIECZENIE PO LECZENIU ZA GRANICĄ

1. Jeśli Ubezpieczony korzysta z Leczenia za Granicą i Pobyt w Szpitalu trwa co najmniej 3 dni, to ubezpieczenie obejmuje zwrot kosztów Leków, które:
 - a) zaleca lekarz prowadzący w trakcie Leczenia za Granicą jako niezbędną kontynuację leczenia, a następnie (na podstawie tych zaleceń) przepisuje lekarz w Polsce; dawka Leku z każdej recepty pozwala na przyjmowanie tego Leku przez okres nie dłuższy niż 2 miesiące,
 - b) są dostępne w Polsce w czasie, w którym są niezbędne do kontynuacji leczenia,
 - c) wydaje licencjonowany farmaceuta,
 - d) Ubezpieczony kupuje w Polsce i przedstawia dokumenty potwierdzające ten fakt.
2. Further zwraca Ubezpieczonemu poniesione koszty na podstawie: wniosku o zwrot kosztów, recept i rachunków lub innych dowodów poniesienia wydatków. Dokumenty te Ubezpieczony powinien przedstawić w ciągu 180 dni od zakupu.
3. Further zwraca uzasadnione koszty w wysokości, w jakiej zostały poniesione, nie więcej niż średnią cenę rynkową danego Leku w Polsce.
4. Jeśli koszty Leku zostały sfinansowane przez publiczną służbę zdrowia, to Ubezpieczony zaznacza taką informację we wniosku o zwrot kosztów. Further nie zwraca części kosztów finansowanych przez publiczną służbę zdrowia.
5. Jeśli lek, który zaleca lekarz prowadzący w trakcie Leczenia za Granicą jako niezbędną kontynuację leczenia, nie jest dopuszczony do obrotu albo nie jest dostępny w Polsce, to Further finansuje zakup tego leku za granicą. W takim przypadku Further pokrywa również koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego, na zasadach obowiązujących w przypadku leczenia Poważnego Stanu Chorobowego.
6. Ubezpieczenie nie obejmuje:
 - a) kosztów podania Leków ani
 - b) zwrotu kosztów zakupu Leków, które są dostępne bez recepty.

ART. 15 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ LUB INNYCH USŁUG I ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą ani kosztów innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Poważny Stan Chorobowy Ubezpieczonego następuje:
 - a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką to Dziecko pozostaje, zaleceń lekarskich lub odmową poddania się zaleconemu leczeniu lub badaniom diagnostycznym, co uniemożliwia potwierdzenie ostatecznej diagnozy, planu leczenia lub przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upóźnieniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - d) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - e) w wyniku AIDS lub HIV ani jeśli Poważny Stan Chorobowy współistnieje z AIDS lub HIV,
 - f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - g) w wyniku epidemii, którą ogłaszają władze państwowe.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą ani kosztów innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli:
 - a) w dniu wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczony nie ma stałego miejsca zamieszkania w Polsce lub
 - b) Ubezpieczony ma stałe miejsce zamieszkania w Polsce, ale w ciągu 12 miesięcy przed postawieniem diagnozy Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczony przebywał poza Polską więcej niż przez 183 dni kalendarzowe.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów zakupu lub wynajmu:
 - a) sztucznych narządów lub organów ani urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca potrzebnych w związku z Leczeniem za Granicą,
 - b) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, górsów, bandaży, kul,
 - c) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk,
 - d) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
4. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów leczenia w przypadku jakiegokolwiek stanu Ubezpieczonego, który został spowodowany przez prawidłowo wykonane procedury medyczne zorganizowane w ramach Leczenia za Granicą, z wyjątkiem sytuacji, gdy dany stan jest Poważnym Stanem Chorobowym.
5. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów:
 - a) postępowania sprawdzającego, czy dana osoba, wskazana jako potencjalny Dawca spoza członków rodziny Ubezpieczonego, może być Dawcą,
 - b) rekonwalescencji, opieki w domu, leczenia sanatoryjnego, uzdrowskiego ani w klinice medycyny naturalnej, kosztów pobytu w hospicjum, domu starców – nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
 - c) organizacji i kosztów Leczenia Alternatywnego ani Leczenia Eksperymentalnego, nawet jeśli zaleca je Ekspert podczas leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
 - d) organizacji i kosztów leczenia z wykorzystaniem Terapii Genowej, Terapii Komórkami Somatycznymi, Inżynierii Tkankowej, Terapii Limfocytami CAR-T,

- e) tłumacza i tłumaczenia w innym zakresie niż przygotowanie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub prowadzenie Leczenia za Granicą,
 - f) zakupu środków opatrunkowych dostępnych bez recepty,
 - g) zakupu przedmiotów użytku osobistego,
 - h) organizacji i pokrycia kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych, które wywołuje starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych (określonych w V edycji lub w edycjach późniejszych Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders "DSM-5", tj. „Klasyfikacji diagnostycznych zaburzeń psychicznych „DSM-5” Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego), niezależnie od tego, jaka jest ich przyczyna.
6. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą, ani innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Ubezpieczony nie wypetnia swoich obowiązków niezbędnych do organizacji tych usług lub pokrycia tych kosztów.
 7. Ani Further, ani my nie odpowiadamy za:
 - a) medyczną poprawność Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii,
 - b) skutki wdrożenia planów leczenia w ramach Leczenia za Granicą, w tym ich skuteczność,
 - c) skutki Leczenia za Granicą, w tym jego skuteczność,
 - d) doznane krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub moralne, które są skutkiem Poważnego Stanu Chorobowego,
 - e) straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy, które należą do Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej lub Dawcy w czasie Pobytu w Szpitalu lub podróży.

ART. 16 DEFINICJE POWAŻNYCH STANÓW CHOROBOWYCH, KTÓRYCH LECZENIE JEST OBJĘTE UBEZPIECZENIEM W RAMACH 4 MODUŁÓW OCHRONY

MODUŁ OCHRONY 1: NOWOTWÓR

- a) nowotwór złośliwy – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz może powodować naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe; do nowotworów złośliwych zaliczamy także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina),
 - b) rak przedinwazyjny lub carcinoma in situ (Tis) – ogniskowy, miejscowy, złośliwy rozrost komórkowy, który jest ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych – według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, the 8th Edition TNM Classification i następne) – wszystkich narządów poza skórą,
 - c) zmiany przedrakowe, które na podstawie badania cytologicznego lub histopatologicznego zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia (ang. high grade dysplasia or severe dysplasia).
- Ubezpieczenie nie obejmuje:
- chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV,
 - nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym i nowotworami, które zgodnie z opisem badania histopatologicznego naciekają poza zewnętrzną warstwę skóry (naciekają poza naszkórek),
 - leczenia z wykorzystaniem Terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy)

MODUŁ OCHRONY 2: ZABIEG SERCOWO-NACZYNIOWY

Pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass): operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego.

Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie lub niedrożność tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, zaleca Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuje o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych.

Ubezpieczenie nie obejmuje przeszłokórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe

Operacja zastawek serca: operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy życiu

mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przeszskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

MODUŁ OCHRONY 3: ZABIEG NEUROCHIRURGICZNY

Zabieg neurochirurgiczny:

- dowolna operacja chirurgiczna wewnątrz mózgowca, w tym techniki minimalnie inwazyjne takie jak: gamma knife, cyberknife oraz procedury wykonywane śródnaczyniowo,
- leczenie operacyjne nowotworów tagodnych rdzenia kręgowego (Medulla spinalis)

Konieczność przeprowadzenia operacji potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

MODUŁ OCHRONY 4: PRZESZCZEP

Przeszczep narządów: zabieg operacyjny, podczas którego Ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepiona nerka, 1 albo 2 płaty ptuca, segment wątroby lub fragment trzustki od zgodnego Dawcy. Ubezpieczenie nie obejmuje:

- przeszczepu, który musi być wykonany z powodu alkoholowej choroby wątroby,
- przeszczepu innego narządu niż wymienione,
- przeszczepu wysp trzustkowych,
- przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste,
- przeszczepu narządów kupionych od dawcy narządów

Konieczność przeszczepu potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

Przeszczep szpiku kostnego: przeszczepienie Ubezpieczonemu komórek szpiku kostnego (ang. bone marrow transplantation, BMT) lub krwiotwórczych komórek macierzystych z krwi obwodowej (ang. peripheral blood stem cell transplantation, PBST), które pochodzą od:

- Ubezpiezonego (przeszczep autologiczny),
- od zgodnego Dawcy (przeszczep allogeniczny albo izogeniczny).

Konieczność przeszczepu potwierdza Ekspert lub – jeśli Ubezpieczony nie wnioskuję o Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną – Further, na podstawie wyników badań medycznych

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

JAK SIĘ ODBYWA LECZENIE ZA GRANICĄ – KROK PO KROKU

<p>Krok I Potwierdzenie diagnozy</p>	<p>Ubezpieczony kontaktuje się telefonicznie z Further oraz:</p> <ul style="list-style-type: none"> zapewnia Further dostęp do swojej dokumentacji medycznej, wypełnia formularze, które otrzymuje z Further, odpowiada na pytania konsultanta dotyczące stanu zdrowia
<p>Krok II Decyzja o leczeniu za granicą</p>	<p>Jeśli Poważny Stan Chorobowy jest objęty ubezpieczeniem, to:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ubezpieczony podejmuje decyzję, czy chce skorzystać z Leczenia za Granicą, o swojej decyzji informuje Further
<p>Krok III Wybór placówki medycznej</p>	<ul style="list-style-type: none"> Further przygotowuje listę co najmniej 3 Placówek Medycznych, w których może być przeprowadzone leczenie, Ubezpieczony wybiera jedną z nich, a Further wydaje pisemną zgodę na opłacenie kosztów leczenia w tej placówce oraz innych świadczeń i usług, które są objęte ubezpieczeniem (Certyfikat)
<p>Krok IV Wyjazd i leczenie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Further organizuje podróż oraz cały proces leczenia Ubezpiezonego, a wyznaczony opiekun na każdym etapie służy Ubezpieczonemu pomocą, leczenie odbywa się zgodnie z przygotowanym wcześniej planem, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony otrzymuje 100 euro
<p>Krok V Powrót do Polski</p>	<p>Gdy zgodnie z opinią lekarza prowadzącego nie jest już konieczne dalsze leczenie, Further organizuje powrót Ubezpiezonego do Polski</p>
<p>Krok VI Opieka Medyczna po Leczeniu za Granicą</p>	<p>Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać z Opieki Medycznej po Leczeniu za Granicą zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, to:</p> <ul style="list-style-type: none"> kontaktuje się z Further, Further organizuje i finansuje tę opiekę za granicą albo zwraca koszty tej opieki w Polsce <p>Ubezpieczony może także korzystać ze zwrotu kosztów Leków kupionych już w Polsce</p>

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Onkologiczny”

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz w razie zachorowania na raka?

- **Pomoc w diagnostyce i leczeniu**
Zorganizujemy i opłacimy 20 świadczeń medycznych, takich jak m.in.: konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, badania specjalistyczne, w tym: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa. Możesz z nich korzystać również w razie podejrzenia raka – wystarczy, że otrzymasz kartę DiLO (Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego).
- **Wsparcie assistance w leczeniu i powrocie do zdrowia**
Zapewnimy m.in.: transport medyczny, konsultacje psychoonkologa, rehabilitację.
- **Pokrycie kosztów operacji plastycznej po leczeniu**
Pokryjemy koszty nawet do 20 000 zł.

Warto wiedzieć

Z „Assistance Onkologicznego” mogą też korzystać Twoi bliscy (biologiczne dziecko i rodzeństwo).

Jeśli zachorujesz na raka, zapewnimy im:

- organizację i opłacenie testu genetycznego,
- konsultację onkologiczno-genetyczną,
- wizyty u psychoonkologa.

Jeśli na raka zachorują Twoi biologiczni rodzice, rodzeństwo lub dziecko, zapewnimy Ci:

- organizację i opłacenie testu genetycznego,
- konsultację onkologiczno-genetyczną,
- 5 wizyt u psychoonkologa.

Jak skorzystać z assistance?

Wszystkie informacje znajdziesz na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY” (AONCO/TZ/3/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-8 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 9-11 Art. 7 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanie ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE ONKOLOGICZNY” (AONCO/TZ/3/2024)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Dziecko** – dziecko własne (biologiczne) lub przysposobione Ubezpieczonego
3. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego i nie jest członkiem jego rodziny
4. **Leki** – przepisane przez lekarza Ubezpieczonego:
 - a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” oraz
 - b) leki recepturowe,których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
5. **Matzonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
6. **Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Do takich nowotworów złośliwych zaliczamy także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, a także inne zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym. Diagnoza Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Dzień wykonania tego badania (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) przyjmujemy za dzień wystąpienia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym

7. **Partner** – osoba, która z Ubezpieczonym prowadzi wspólne gospodarstwo domowe w dniu zajścia zdarzenia, które jest objęte ubezpieczeniem
8. **Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
9. **Rodzic Ubezpieczonego** – ojciec, matka, ojczym lub macocha Ubezpieczonego
10. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
11. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia mu samodzielne funkcjonowanie
12. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
13. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; Transportem Medycznym nie jest transport na wizyty kontrolne oraz dojazd do poradni rehabilitacyjnej
14. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 65 lat (w przypadku Dziecka – mniej niż 18 lat) i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie.

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (dalej także: karta DiLO) w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczenie obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w czasie ochrony ubezpieczeniowej, a badanie mikroskopowe, którego wynik potwierdza diagnozę, będzie miało miejsce już po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie cięta, które powstały w wyniku operacyjnego usunięcia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, ubezpieczenie obejmuje także organizację oraz pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do 20 000 zł w odniesieniu do jednego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.
4. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz które są realizowane:
 - a) za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
 - b) na terenie Polski.
5. Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej u Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego Ubezpieczonemu zostanie wydana karta DiLO, to organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1. W tabeli tej wskazujemy również zasady, które obowiązują podczas organizacji i realizacji tych świadczeń.

Tabela nr 1 Świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydania karty DiLO

Rodzaj i opis świadczenia medycznego	Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie jednej karty DiLO
I. Konsultacje	
1. chirurg	11. hepatolog
2. okulista	12. hematolog
3. otolaryngolog	13. nefrolog
4. ortopeda	14. dermatolog
5. ginekolog	10. endokrynolog
II. Diagnostyka laboratoryjna	
Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza Prowadzącego w związku z tą samą diagnozą lub wydaniem jednej karty DiLO.	
15.	
• mocza – badanie ogólne	• CRP ilościowo
• OB	• HBs przeciwciała
• morfologia	• HCV przeciwciała
• APTT	• IgE całkowite
• PT	• markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, CA 19-9, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21
• fibrynogen	• proteinogram
• glukoza	• ferrytyna
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity
• lipidogram	• fosfor nieorganiczny
• próby wątrobowe	• magnez
III. Badania specjalistyczne	
16. biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)	
17. badania radiologiczne (RTG)	
18. badania ultrasonograficzne (USG)	
19. rezonans magnetyczny	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych
20. tomografia komputerowa	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych
IV. Infolinia medyczna	
W ramach infolinii medycznej zapewnimy Ubezpieczonemu telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:	
1. niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,	
2. diet, metod zdrowego żywienia,	
3. działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,	
4. danych teled adresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,	bez limitu
5. danych teled adresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,	
6. danych teled adresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,	
7. danych teled adresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,	
8. danych teled adresowych aptek czynnych przez całą dobę.	

6. Jeśli w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym, to organizujemy i pokrywamy także koszty świadczeń, których zakres i zasady realizacji wskazujemy w Tabeli nr 2, w części I.

Jeśli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, to organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń, których zakres i zasady realizacji wskazujemy w Tabeli nr 2, w części II.

Tabela nr 2 Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym oraz konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym	
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku z diagnozą Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym		
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego		
<p>Gdy Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego, zapewnimy:</p> <p>a) organizację i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).</p>		
2. Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego		
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków – koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony.		
3. Dostarczenie Leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego		
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków – koszt Leków pokrywa Ubezpieczony.		
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego		
Gdy wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego – dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu Leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony.		
5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego		
Gdy Ubezpieczony używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego, do limitu wskazanego w kolumnie obok.		
6. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do Placówki Medycznej	5000 zł	
Transporty Medyczne są organizowane do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w Placówce Medycznej.		
7. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z Placówki Medycznej do miejsca pobytu		
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego z Placówki Medycznej, w której przebywa Ubezpieczony, do miejsca jego pobytu.		
8. Transporty Medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą pomiędzy Placówkami Medycznymi		
Transporty są organizowane w przypadku, gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej.		
9. Opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi i osobami niesamodzielnymi		
Gdy wymagana jest opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.		
10. Opieka nad psem lub kotem		
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu psa lub kota do wskazanego miejsca		
11. Pomoc domowa w miejscu pobytu Ubezpieczonego		
Gdy wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów - nie pokrywamy kosztów podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków.		
12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego		
Gdy Ubezpieczony chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie 5 konsultacji	
13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji		
Gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego, zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których będą wykonywane:		
<ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (nie pokrywamy kosztu wypożyczenia lub zakupu urządzeń) 	<ul style="list-style-type: none"> • trening oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego 	maksymalnie 10 konsultacji
<ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego 	<ul style="list-style-type: none"> • fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego 	

II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego	Limit na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	1 test
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania Ubezpieczonego testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutki, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty), badającego przynajmniej jeden z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków rodziny Ubezpieczonego.	
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	1 konsultacja
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego: ojca, matki, rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy Ubezpieczonego koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów u Ubezpieczonego.	
3. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	maksymalnie 5 konsultacji
Gdy Ubezpieczony po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
7. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, Ubezpieczonego należy także świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (suma ubezpieczenia assistance) do wykorzystania na świadczenia assistance, które wskazujemy w Tabeli nr 3. Świadczenie to realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego Centrum Operacyjnemu za wykonanie świadczeń assistance, które Ubezpieczony wybrał z tej tabeli.	8. Wynagrodzenie wypłacane Centrum Operacyjnemu jest ograniczone do sum ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, zgodnie z Tabelą nr 3. Sumy ubezpieczenia assistance dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednej diagnozy Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, po realizacji każdego świadczenia assistance są obniżane o wartość wykonanego świadczenia.

Tabela nr 3 Świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania u niego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym związane z jego Matronką, Partnerem, Dzieckiem lub rodzeństwem

Rodzaj i opis świadczenia	Suma ubezpieczenia assistance na jedną diagnozę Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym
I. Pomoc assistance związana z Matronką/Partnerem lub Dzieckiem	3000 zł
Psychoonkolog	maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla Matronki/Partnera lub Dziecka
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, jego Matronka/Partner lub Dziecko chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z biologicznym dzieckiem lub rodzeństwem Ubezpieczonego	5000 zł
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	1 test dla każdego z biologicznych dzieci lub rodzeństwa Ubezpieczonego (niezależnie od liczby genów badanych w ramach jednego testu)
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania biologicznemu dziecku lub rodzeństwu Ubezpieczonego testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym – ryzyka raka sutki, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty) badającego przynajmniej jeden z następujących genów: BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyło wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez biologiczne dziecko lub rodzeństwo Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym zdiagnozowany u Ubezpieczonego.	
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	3000 zł
W razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego biologicznemu dziecku lub rodzeństwu Ubezpieczonego.	1 konsultacja dla każdego biologicznego dziecka lub rodzeństwa Ubezpieczonego
3. Psychoonkolog	3000 zł
Gdy biologiczne dziecko lub rodzeństwo Ubezpieczonego po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie 5 konsultacji łącznie dla biologicznego dziecka lub rodzeństwa

9. Ubezpieczenie nie obejmuje:

- a) zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer - AJCC, the 8th Edition of the TNM Classification i następnych),
- b) nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
- c) nowotworów gruczołu krokowego:
 - w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM, poza takimi nowotworami w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7,
 - dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony, poza takimi nowotworami, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony i dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7,
- d) raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,
- e) guzów granicznych jajnika w stadium IA ani IB według klasyfikacji FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne),
- f) chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to przyjmujemy, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia.

10. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit, który wskazujemy w Tabeli nr 2, lub sumę ubezpieczenia assistance, którą wskazujemy w Tabeli nr 3, to zorganizujemy i zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem lub sumą ubezpieczenia assistance.
11. Jeśli spóźnisz się z płatnościami Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, następującego po Miesiącu Polisowym, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarteś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie zawieramy kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – poinformuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, to ma obowiązek:

- a) złożyć wniosek o realizację świadczenia wraz z dokumentami, które wskazujemy jako niezbędne do określenia, czy i w jakiej wysokości świadczenie jest należne,
- b) współpracować z Centrum Operacyjnym w zakresie organizacji i realizacji świadczeń, w tym uzgodnienia miejsca realizacji świadczenia,
- c) w przypadku, gdy diagnoza została postawiona za granicą – dostarczyć dokumentację medyczną przetłumaczoną na język polski albo język angielski.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz Wiek Ubezpieczonego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ, KTÓRE SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości świadczenie należy się Ubezpieczonemu, potrzebujemy:
 - a) wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów, które potwierdzają zdiagnozowanie Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu karty DiLO.
2. Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
3. Zawiadomienie o zdiagnozowaniu Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydaniu Ubezpieczonemu karty DiLO można złożyć:
 - a) telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - b) pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
 - c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości, to spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
5. Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
6. Centrum Operacyjne w porozumieniu z Ubezpieczonym ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Zorganizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości.
7. Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Ubezpieczonym Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ubezpieczonego o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit świadczeń lub sumę ubezpieczenia assistance.
8. W celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia w odniesieniu do Dziecka, Matzonka, Partnera, biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa, w zakresie określonym w art 38 ust. 2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, potrzebujemy informacji o stanie ich zdrowia. Dlatego do zgłoszenia rozszczenia z tytułu świadczeń związanych z Dzieckiem, Matzonkiem, Partnerem, biologicznym ojcem lub matką lub rodzeństwem należy dołączyć:
 - a) ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz
 - b) upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej).

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub wydanie karty DiLO nastąpią:
 - a) wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
 - b) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków

- odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisali ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- c) skutek leczenia eksperymentalnego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
 - d) skutek działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
 - e) skutek umyślnego działania Ubezpieczonego,
 - f) skutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - g) skutek zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
 - h) skutek wad wrodzonych,
 - i) skutek zakażenia wirusem HIV,
 - j) skutek użycia materiałów lub substancji biologicznych lub chemicznych (lub ich składników), w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

- 2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym rozpoczęło się przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 3. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
- 4. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej, strajków, Aktów Terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, a także ograniczeń w poruszaniu się, które zostały wprowadzone przez władze państwowe.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 22/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Niezdolność do pracy

MATERIAL REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli lekarz stwierdzi u Ciebie trwałą i całkowitą niezdolność do jakiegokolwiek pracy.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie niezdolności do pracy, to 1 000 000 zł.

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie dotyczy zarówno niezdolności do pracy, która jest konsekwencją choroby, jak i tej, której przyczyną jest nieszczęśliwy wypadek.

Zwróć uwagę

Niezdolność do pracy, za którą wypłacamy pieniądze, trwa nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakimi są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, które również wystąpiły w czasie tej ochrony, i
 - b) trwać w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i które nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku Niezdolności do Pracy. Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
6. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
7. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sprints wodne, nurkowanie

wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

8. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy, także taką, która powstaje na skutek Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
3. Niezdolność do Pracy i ostatni dzień 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej muszą nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli w czasie 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego 12-miesięcznego okresu nie musi nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
4. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłyne okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) z dniem, w którym podejmujemy decyzję o wypłacie pieniędzy z tytułu Niezdolności do Pracy,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:

- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Niezdolność do Pracy jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

Jeśli wystąpi Niezdolność do Pracy, wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje:

- a) w ostatnim dniu 12-miesięcznego okresu Niezdolności do Pracy albo
- b) w dniu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej z upływem okresu, na który została zawarta, jeśli nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń, wyników badań Ubezpieczonego oraz kopii decyzji organów rentowych.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich,
- c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
- d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- h) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Leczenie w szpitalu – „Na Zdrowie”

MATERIAL REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Po leczeniu w szpitalu wypłacimy Ci pieniądze w wysokości, która zależy od wybranego wariantu umowy oraz zastosowanego sposobu leczenia określonej choroby lub urazu. Wysokość wypłaty znajdziesz w wykazie liczącym ponad **400** postępowań medycznych.
- Otrzymasz dodatkowe środki – od **360 zł** do nawet **18 150 zł** – np. na zakup leków, jeśli wybierzesz opcję Świadczenie lekowe.

Warto wiedzieć

Pieniądze otrzymasz po leczeniu w szpitalu – niezależnie od tego, czy będzie to szpital państwowy, prywatny czy placówka chirurgii jednego dnia.

Zwróć uwagę

Ubezpieczenie nie obejmuje konsultacji lekarskich ani badań diagnostycznych, które odbędą się poza szpitalem, np. w przychodni. Dostęp do lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych zapewni Ci Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”
→ allianz.pl/pl_PL/dla-ciebie/zycie-i-zdrowie/umowy-dodatkowe/badz-zdrow.html

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (ZD/TZ/6/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-4 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 5-10 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (ZD/TZ/6/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

- Ambulatorium** – podmiot leczniczy, który udziela świadczeń medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i jest zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń ambulatoryjnych. Ambulatorium nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
- Główne Postępowanie Medyczne** – Postępowanie Medyczne, które wskazujemy w części I Wykazu i które zostało przeprowadzone w Szpitalu, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, izby przyjęć oraz przychodni/poradni przyszpitalnej
- Inne Postępowanie Medyczne** – Postępowanie Medyczne, spoza części I Wykazu, które jest przeprowadzane w czasie Pobytu w Szpitalu dłuższego niż 5 dni
- Limit Wypłat** – maksymalna łączna kwota: wypłat za Postępowania Medyczne, Świadczeń Dodatkowych i Świadczeń Lekowych, która obowiązuje w każdej Umowie Dodatkowej. Limit Wypłat wskazujemy w części VII Wykazu, osobno dla każdego Poziomu Świadczeń
- Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
- Pobyt w Ambulatorium** – pobyt Ubezpieczonego w Ambulatorium. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Ambulatorium zgodnie z obowiązującymi przepisami i musi rozpocząć się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
- Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i musi rozpocząć się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Pobyt w Szpitalu nie jest pobyt na oddziale rehabilitacyjnym
- Postępowanie Medyczne** – procedura medyczna, którą stosuje się:
 - a) w leczeniu Ubezpieczonego lub diagnostyce jego choroby albo urazu, podczas Pobytu w Szpitalu,
 - b) w leczeniu choroby albo urazu Ubezpieczonego, podczas Pobytu w Ambulatorium.Wyróżniamy następujące rodzaje Postępowań Medycznych: Główne Postępowanie Medyczne, Inne Postępowanie Medyczne, Postępowanie Medyczne SOR oraz Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne
- Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne** – Postępowanie Medyczne, które jest przeprowadzane podczas Pobytu w Ambulatorium, ma charakter leczenia inwazyjnego, czyli odbywa się z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych oraz odpowiada opisowi postępowania, które wskazujemy w Części I Wykazu z wyłączeniem części „Skóra”. Postępowaniem Medycznym Ambulatoryjnym nie jest:
 - a) postępowanie medyczne wykonywane z powodów diagnostycznych, nawet jeśli w jego trakcie zastosowano leczenie o charakterze inwazyjnym,
 - b) usunięcie ciała obcego, w tym kleszcza, czyli pajęczaka z podgromady roztoczy,
 - c) usunięcie szwów chirurgicznych,
 - d) dializoterapia, chemioterapia, tlenoterapia, aplikowanie substancji do organizmu, w tym wstrzyknięcie podskórne, domięśniowe, dostawowe oraz do światła naczynia krwionośnego
- Postępowanie Medyczne SOR** – Postępowanie Medyczne, które jest przeprowadzane podczas pobytu Ubezpieczonego w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć
- Poziom Świadczeń** – kwoty, które wskazujemy w Wykazie – dla każdego typu Postępowania Medycznego oraz dla Świadczenia Dodatkowego. Kwoty te nie podlegają indeksacji. Poziom Świadczeń (I, II albo III) wybierasz zanim zawrzesz z nami Umowę Dodatkową, a w czasie trwania tej umowy możesz złożyć wniosek o jego zmianę
- Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
- Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia lub
 - b) wykonuje zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym Postępowania Medycznego i zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych. Szpitalem nie jest Ambulatorium, ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
- Świadczenie Dodatkowe** – pieniądze, które wypłacamy dodatkowo w związku z Głównym Postępowaniem Medycznym, jeśli zachodzą okoliczności, które opisujemy w części IV Wykazu
- Świadczenie Lekowe** – pieniądze, które wypłacamy dodatkowo w związku z Głównym Postępowaniem Medycznym, jeśli zachodzą okoliczności, które wskazujemy w części V Wykazu. Można przeznaczyć je na przykład na zakup produktów leczniczych
- Ubezpieczony – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
- Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
- Wykaz Postępowań Medycznych (Wykaz)** – dokument, który zawiera:
 - a) Główne Postępowania Medyczne (część I),
 - b) Inne Postępowania Medyczne (część II),
 - c) Postępowania Medyczne SOR (część III),
 - d) Postępowania Medyczne Ambulatoryjne (część IV),
 - e) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Dodatkowe (część V),
 - f) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Lekowe (część VI),
 - g) Limity Wypłat dla wszystkich Poziomów Świadczeń (część VII)

wraz z kwotami, które są podstawą do obliczenia wypłaty za każdy rodzaj Postępowania Medycznego

19. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
20. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
- Wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia zgodnie z tabelą wypłat, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, występują:
 - Główne Postępowania Medyczne,
 - Inne Postępowania Medyczne,
 - Postępowania Medyczne SOR,
 - Postępowania Medyczne Ambulatoryjne,
 - okoliczności, które powodują wypłatę Świadczeń Dodatkowych, lub
 - okoliczności, które powodują wypłatę Świadczeń Lekowych – jeśli wybrałeś taką opcję,
 także wtedy, gdy te postępowania lub okoliczności występują w związku z Rekreatywnym Uprawianiem Sportu.
- Kwota wypłaty zależy od:
 - rodzaju przeprowadzonego Postępowania Medycznego,
 - Poziomu Świadczeń,
 - tego, czy zachodzą okoliczności do wypłaty Świadczenia Dodatkowego,
 - tego, czy została wybrana opcja Świadczenia Lekowego i czy zachodzą okoliczności do wypłaty takiego świadczenia.
 Kwota wypłaty nie może przekroczyć Limitu Wypłat.
- Wypłaty za różne rodzaje Postępowania Medycznych opisuje tabela wypłat:

Rodzaj Postępowania Medycznego w czasie tego samego Pobytu w Szpitalu/ Pobytu w Ambulatorium	Tabela wypłat	Świadczenie Dodatkowe	Świadczenie Lekowe (opcja)
		Postępowanie Medyczne	takie świadczenie wypłacamy tylko w przypadku wystąpienia Głównego Postępowania Medycznego, za które wypłacamy 100% kwoty za takie postępowanie
Główne Postępowanie Medyczne	100% kwoty za to postępowanie		
Więcej niż jedno Główne Postępowanie Medyczne	100% najwyższej kwoty oraz 75% najwyższej kwoty za pozostałe przeprowadzone postępowania	jedna wypłata za każdą z okoliczności, które wskazujemy w V części Wykazu – o ile obejmujemy Ubezpieczonego nieprzerwaną ochroną ubezpieczeniową od dnia, w którym zostało przeprowadzone Główne Postępowanie Medyczne, do dnia, w którym występują te okoliczności	
Główne Postępowanie Medyczne i Inne Postępowanie Medyczne			jedna wypłata za każdą z okoliczności, które wskazujemy w VI części Wykazu
Główne Postępowanie Medyczne i Postępowanie Medyczne SOR	jedno świadczenie – za Główne Postępowanie Medyczne (100% kwoty za takie postępowanie)		
Postępowanie Medyczne SOR, Główne Postępowanie Medyczne i Inne Postępowanie Medyczne			
Jedno albo więcej niż jedno Inne Postępowanie Medyczne	jedno świadczenie za Inne Postępowanie Medyczne (100% kwoty za takie postępowanie)		
Inne Postępowanie Medyczne oraz Postępowanie Medyczne SOR			
Postępowanie Medyczne SOR	jedno świadczenie (100% kwoty za takie postępowanie)		
Jedno albo więcej niż jedno Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne	jedno świadczenie (100% kwoty za takie postępowanie)		

- Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje tylko takie Postępowania Medyczne, które są skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku.
- Ubezpieczenie nie obejmuje Głównego Postępowania Medycznego związanego z chorobą zwyrodnieniową stawu leczoną endoprotezoplastyką, jeśli Pobyt w Szpitalu, który wiąże się z tym postępowaniem rozpoczyna się w pierwszych 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej.
- Ubezpieczenie nie obejmuje Innego Postępowania Medycznego, Postępowania Medycznego SOR ani Postępowania Medycznego Ambulatoryjnego, jeśli Pobyt w Szpitalu lub Pobyt w Ambulatorium wiąże się z ciążą, porodem lub potogiem. Ubezpieczenie obejmuje te postępowania, jeśli przyczyną Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Ambulatorium jest potwierdzone w dokumentacji medycznej: zagrożenie poronieniem, poronienie, ciąża pozamaciczna, zagrożenie życia

- osoby, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową, lub zagrożenie życia dziecka.
- Nie wypłacamy pieniędzy za kolejne:
 - takie samo Główne Postępowanie Medyczne,
 - Postępowanie Medyczne SOR,
 - Główne Postępowanie Medyczne lub Inne Postępowanie Medyczne, które wiążą się z leczeniem tej samej choroby i z zastosowaniem takiej samej metody leczenia,
 jeśli za takie Postępowanie Medyczne poprzednio wypłaciliśmy już pieniądze i nie upłynął odpowiedni okres karencji (12 miesięcy albo 18 miesięcy, albo 5 lat) – od końca poprzedniego Pobytu w Szpitalu, w czasie którego zostało przeprowadzone takie postępowanie, do początku Pobytu w Szpitalu związanego z tym kolejnym postępowaniem.

Za taką samą metodę leczenia uznajemy:

- każde leczenie zachowawcze – w przypadku Postępowania Medycznych z zastosowaniem leczenia zachowawczego,
- każde leczenie operacyjne lub zabiegowe – w przypadku Postępowania Medycznych z zastosowaniem leczenia operacyjnego lub zabiegowego,
- każdą metodę diagnostyki – w przypadku Postępowania Medycznych z zastosowaniem diagnostyki.

9. Nie wypłacamy pieniędzy za kolejne Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne, jeśli za takie postępowanie poprzednio wypłaciliśmy już pieniądze i nie upłynął okres karencji (12 miesięcy) – od poprzedniego Pobytu w Ambulatorium, w czasie którego zostało przeprowadzone takie postępowanie, do Pobytu w Ambulatorium, związanego z tym kolejnym postępowaniem.
10. Okres karencji, który obowiązuje dla danego Postępowania Medycznego, wskazujemy w Wykazie. Jeśli dla danego Postępowania Medycznego nie wskazujemy takiego okresu, to oznacza, że go nie stosujemy. Okresu karencji nie stosujemy także do Głównych Postępowania Medycznych i Innych Postępowania Medycznych, które są przeprowadzane w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarteś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Poziomu Świadczeń,
 - c) tego, czy wybierasz opcję Świadczenia Lekowego,
 - d) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 5 JAK ZMIENIĆ POZIOM ŚWIADCZEŃ LUB ROZSZERZYĆ UBEZPIECZENIE O ŚWIADCZENIE LEKOWE

1. Zmiana Poziomu Świadczeń lub rozszerzenie ubezpieczenia o Świadczenie Lekowe następuje na Twój wniosek i wymaga naszej akceptacji.
2. Taka zmiana nie jest możliwa w czasie, gdy przejmujemy opłacanie Składek z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki.
3. Zmiana obowiązuje:
 - a) od najbliższego Miesiąca Polisowego po naszej akceptacji Twojego wniosku o zmianę. Jeśli składasz ten wniosek później niż na 49 dni przed Rocznicą Ubezpieczenia, to zmiana obowiązuje najwcześniej od tej Rocznicy Ubezpieczenia, i
 - b) gdy otrzymamy Składkę w nowej wysokości – w przypadku podwyższenia.
4. Jeśli podwyższyliśmy Poziom Świadczeń, a następnie:
 - a) w ciągu 90 dni od tej zmiany Ubezpieczony rozpoczął Pobyt w Szpitalu lub Pobyt w Ambulatorium, w czasie których zostało przeprowadzone Postępowanie Medyczne lub
 - b) zostało przeprowadzone Postępowanie Medyczne, którego termin zaplanowano przed tą zmianą,to wypłacimy pieniądze zgodnie z Poziomem Świadczeń, który obowiązywał przed zmianą.
Ograniczenie to nie dotyczy Postępowania Medycznych, które spowodował Nieszczęśliwy Wypadek.
5. Jeśli Główne Postępowanie Medyczne zostało przeprowadzone w czasie Pobytu w Szpitalu, który rozpoczął się w ciągu 90 dni

od dnia rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Świadczenia Lekowe, nie wypłacamy tego świadczenia.

Ograniczenie to nie dotyczy Postępowania Medycznych, które spowodował Nieszczęśliwy Wypadek.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli zostało przeprowadzone Postępowanie Medyczne lub zaszły okoliczności do wypłaty Świadczenia Dodatkowego lub Świadczenia Lekowego, to pieniądze wypłacamy Ubezpieczonemu.
2. Wysokość wypłaty ustalamy zgodnie z:
 - a) tabelą wypłat,
 - b) Wykazem,
 - c) Poziomem Świadczeń, który obowiązuje w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu albo w dniu Pobytu w Ambulatorium,
 - d) Limitem Wypłat.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Postępowaniu Medycznym lub okolicznościach, które są podstawą do wypłaty Świadczenia Dodatkowego lub Świadczenia Lekowego, oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które dotyczą leczenia, takich jak:
 - skierowanie do Szpitala lub Ambulatorium, chyba że okoliczności uzasadnią przyjęcie Ubezpieczonego do Szpitala lub Ambulatorium bez skierowania,
 - karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna dotycząca diagnozowania i leczenia choroby lub urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, które są przyczyną Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Ambulatorium,
 - zalecenie od onkologa, które dotyczy zastosowania: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, a także kopia decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia z odmową ich refundacji (dotyczy Świadczenia Lekowego),
- d) innych dokumentów, które wskażemy jako niezbędne.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Postępowanie Medyczne nastąpiło:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzebraniem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich, a w przypadku Ubezpieczonego w wieku poniżej 18 lat – także przez osoby, pod których opieką Ubezpieczony pozostawał,
- c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
- d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z wadą wrodzoną Ubezpieczonego,
- g) w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
- h) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
- i) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,

- j) w wyniku klęski żywiołowej lub stanu epidemii, które zostały ogłoszone przez odpowiednie organy administracji publicznej,
- k) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- l) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH DO UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA W SZPITALU „NA ZDROWIE” (WPM/TZ/6/2023)

Część I. Główne postępowania medyczne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
NEUROLOGIA					
1	5 lat ¹	Śpiączka pochodzenia nieurazowego (z wyłączeniem śpiączki farmakologicznej lub śpiączki cukrzycowej) leczona zachowawczo	1 120 zł	2 230 zł	3 380 zł
2	5 lat ³	Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona operacyjnie	920 zł	1 850 zł	2 800 zł
3	5 lat ¹	Choroba nerwu rdzeniowego z wyłączeniem dyskopatii kręgosłupa leczona zachowawczo	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
4	5 lat ¹	Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona zachowawczo	1 180 zł	2 380 zł	3 630 zł
5	5 lat / 18 mies. ²	Choroba nerwu czaszkowego (z wyłączeniem choroby nerwu wzrokowego) leczona operacyjnie	1 370 zł	2 730 zł	4 140 zł
6	5 lat ¹	Przemijający napad niedokrwienny mózgowia TIA (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego mózgowia) leczony zachowawczo	1 490 zł	2 990 zł	4 530 zł
7	5 lat ¹	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	2 510 zł	5 040 zł	7 630 zł
8	5 lat ¹	Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony zachowawczo	2 510 zł	5 040 zł	7 630 zł
9	5 lat ¹	Krwotok śródczaszkowy (z wyłączeniem krwotoku śródczaszkowego będącego skutkiem urazu) leczony operacyjnie	3 240 zł	6 470 zł	9 830 zł
10	5 lat ¹	Naczyniak mózgowia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej	5 200 zł	10 400 zł	15 740 zł
11	5 lat ¹	Naczyniak mózgowia leczony operacyjnie z chirurgicznym otwarciem czaszki (z wyłączeniem metod śródnaczyniowych lub technik radiologii interwencyjnej)	12 380 zł	24 750 zł	37 510 zł
12	5 lat ¹	Naczyniak rdzenia leczony metodami śródnaczyniowymi lub technikami radiologii interwencyjnej	5 200 zł	10 400 zł	15 740 zł
13	5 lat ¹	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie (z wyłączeniem leczenia metodami śródnaczyniowymi lub metodami radiologii interwencyjnej)	5 870 zł	11 740 zł	17 780 zł
14	5 lat ¹	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony zachowawczo	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
15	5 lat ¹	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony operacyjnie	3 390 zł	6 780 zł	10 280 zł
16	5 lat ¹	Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia) leczony zachowawczo	1 990 zł	3 990 zł	6 050 zł
17	5 lat ¹	Łagodny nowotwór śródczaszkowy (z wyłączeniem naczyniaków mózgowia lub nowotworów łagodnych przysadki) leczony operacyjnie	3 880 zł	7 760 zł	11 750 zł
18	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	3 050 zł	6 100 zł	9 250 zł
19	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony technikami radiologii interwencyjnej	5 180 zł	10 370 zł	15 730 zł
20	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki) leczony operacyjnie	9 900 zł	19 800 zł	30 000 zł
21	5 lat ¹	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	4 690 zł	9 390 zł	14 220 zł
22	5 lat ¹	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	4 690 zł	9 390 zł	14 220 zł
23	5 lat ¹	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	4 150 zł	8 300 zł	12 580 zł
24	5 lat ¹	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem leczona zachowawczo	2 130 zł	4 260 zł	6 450 zł
25	5 lat ¹	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zachowawczo	1 370 zł	2 730 zł	4 110 zł
26	5 lat ¹	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski leczone zabiegowo	2 590 zł	5 180 zł	7 860 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
27	5 lat ¹	Zespół Guillaina-Barrego leczony zachowawczo	1 240 zł	2 470 zł	3 750 zł
28	5 lat ¹	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	1 370 zł	2 730 zł	4 110 zł
29	5 lat ¹	Stwardnienie zanikowe boczne leczone zachowawczo	3 880 zł	7 760 zł	11 750 zł
30	5 lat ¹	Stwardnienie zanikowe boczne leczone z zastosowaniem zabiegów tracheostomii lub przezskórnej gastrostomii endoskopowej (PEG)	4 150 zł	8 300 zł	12 580 zł
31	5 lat ¹	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwawk śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	3 410 zł	6 800 zł	10 300 zł
NARZĄD WZROKU					
32	5 lat ¹	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	810 zł	1 630 zł	2 470 zł
33	5 lat ³	Krwawienie do przedniej komory oka (z wyłączeniem krwawienia spowodowanego urazem) leczone zachowawczo	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
34	5 lat ¹	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej (z wyłączeniem leczenia skutków urazu oka) leczone zachowawczo	970 zł	1 950 zł	2 950 zł
35	5 lat ³	Choroba ciała szklistego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	2 820 zł	5 640 zł	8 470 zł
36	5 lat ³	Zaćma leczona operacyjnie metodą wszczepienia sztucznej soczewki	1 180 zł	2 380 zł	3 630 zł
37	5 lat ³	Półpasiec oczny, wrzód rogówki, zapalenie rogówki lub twardówki leczone zachowawczo	810 zł	1 630 zł	2 470 zł
38	5 lat ³	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo lub metodami laserowymi	810 zł	1 630 zł	2 470 zł
39	5 lat ¹	Choroba rogówki lub twardówki leczona zabiegowo (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	960 zł	1 910 zł	2 900 zł
40	5 lat ¹	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
41	5 lat ¹	Choroba siatkówki leczona zachowawczo lub metodą iniekcji doszkliskowej (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	690 zł	1 390 zł	2 110 zł
42	5 lat ¹	Zamknięcie światła żyły środkowej lub tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	970 zł	1 950 zł	2 950 zł
43	5 lat ¹	Choroba siatkówki (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem metody iniekcji doszkliskowej)	1 620 zł	3 260 zł	4 920 zł
44	5 lat ¹	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	1 080 zł	2 150 zł	3 260 zł
45	5 lat ³	Jaskra leczona zachowawczo lub metodami laserowymi	740 zł	1 480 zł	2 230 zł
46	5 lat ³	Jaskra leczona operacyjnie	960 zł	1 910 zł	2 900 zł
47	5 lat ¹	Choroba dróg odprowadzających łzy leczona operacyjnie	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
48	5 lat ³	Choroba powieki (z wyłączeniem nowotworu skóry powieki lub zmian zwyrodnieniowych spojówek) leczona operacyjnie	240 zł	480 zł	720 zł
49	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	360 zł	720 zł	1 080 zł
50	5 lat ³	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	690 zł	1 390 zł	2 110 zł
51	5 lat ³	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	1 500 zł	3 020 zł	4 530 zł
52	5 lat ³	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczone zachowawczo	1 210 zł	2 390 zł	3 630 zł
53	5 lat ³	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	1 740 zł	3 480 zł	5 290 zł
54	5 lat ³	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej	1 990 zł	3 990 zł	6 050 zł
OTOLARYNGOLOGIA					
55	5 lat ¹	Krwawienie z nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone zachowawczo	240 zł	480 zł	720 zł
56	5 lat ¹	Krwawienie z nosa (z wyłączeniem polipa i urazu nosa) leczone metodą zabiegową	390 zł	790 zł	1 210 zł
57	5 lat ¹	Przerost małżowin nosa lub skrzywienie przegrody nosa (z wyłączeniem urazu nosa) leczone operacyjnie	390 zł	790 zł	1 210 zł
58	5 lat ¹	Przerost lub zapalenie migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego leczone operacyjnie	690 zł	1 390 zł	2 110 zł
59	5 lat ¹	Zaburzenia równowagi pochodzenia błędnikowego leczone zachowawczo	500 zł	1 010 zł	1 520 zł
60	5 lat ³	Zapalenie ucha środkowego leczone zachowawczo	630 zł	1 270 zł	1 930 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
61	5 lat ³	Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębenkowej	630 zł	1 270 zł	1 930 zł
62	5 lat ³	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	1 760 zł	3 530 zł	5 320 zł
63	5 lat ³	Otoskleroza, perlak lub zapalenie ucha środkowego bez uszkodzenia kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	910 zł	1 830 zł	2 760 zł
64	5 lat ¹	Choroba ucha wewnętrznego leczona zachowawczo	810 zł	1 630 zł	2 470 zł
65	5 lat ³	Choroba ucha wewnętrznego leczona operacyjnie	1 120 zł	2 230 zł	3 380 zł
66	5 lat ¹	Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej lub ślinianki) leczona zachowawczo	560 zł	1 120 zł	1 690 zł
67	5 lat ¹	Choroba jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej lub chorób ślinianki) leczona operacyjnie	1 000 zł	1 990 zł	3 020 zł
68	5 lat ³	Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	860 zł	1 720 zł	2 600 zł
69	5 lat ³	Choroba ślinianki (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczona operacyjnie z całkowitym usunięciem ślinianki	1 210 zł	2 420 zł	3 630 zł
70	5 lat ³	Nowotwór złośliwy ślinianki leczony operacyjnie	1 900 zł	3 790 zł	5 730 zł
71	5 lat ¹	Choroba gardła lub krtani (z wyłączeniem choroby migdałka lub nowotworu złośliwego gardła lub krtani) leczona zachowawczo	560 zł	1 120 zł	1 690 zł
72	5 lat ¹	Choroba gardła (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła, przerostu lub zapalenia migdałków podniebiennych lub migdałka gardłowego) leczona operacyjnie	1 390 zł	2 790 zł	4 230 zł
73	5 lat ¹	Choroba krtani (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani) leczona operacyjnie	1 700 zł	3 390 zł	5 130 zł
74	5 lat ¹	Polip nosa, nowotwór łagodny nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok przynosowych leczone operacyjnie	910 zł	1 830 zł	2 760 zł
75	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych leczony operacyjnie	1 900 zł	3 790 zł	5 730 zł
76	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo	1 210 zł	2 390 zł	3 630 zł
77	5 lat ¹	Nowotwór łagodny jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu ślinianki) leczony operacyjnie	1 080 zł	2 170 zł	3 280 zł
78	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jamy ustnej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego ślinianki) leczony operacyjnie	1 900 zł	3 790 zł	5 730 zł
79	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jamy nosowej (z wyłączeniem nowotworu złośliwego zatok) leczony operacyjnie	2 050 zł	4 110 zł	6 220 zł
80	5 lat ¹	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	1 410 zł	2 820 zł	4 270 zł
81	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gardła leczony zachowawczo	1 210 zł	2 390 zł	3 630 zł
82	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	2 790 zł	5 580 zł	8 470 zł
83	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy krtani leczony zachowawczo	1 210 zł	2 390 zł	3 630 zł
84	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	4 310 zł	8 620 zł	13 060 zł
UKŁAD ODDECHOWY					
85	5 lat ¹	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	560 zł	1 120 zł	1 690 zł
86	5 lat ¹	Zapalenie płuc lub zapalenie opłucnej leczone zachowawczo, w tym zabiegiem torakocentezy	960 zł	1 910 zł	2 900 zł
87	5 lat ¹	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii, ale niewymagająca wykonania diagnostyki inwazyjnej (torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	360 zł	720 zł	1 080 zł
88	5 lat ¹	Choroba dróg oddechowych diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej: torakoskopii, mediastinoskopii lub innych metod inwazyjnej diagnostyki (z wyłączeniem choroby dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania wyłącznie bronchoskopii), o ile w trakcie hospitalizacji nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	910 zł	1 830 zł	2 760 zł
89	5 lat ¹	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	960 zł	1 910 zł	2 900 zł
90	5 lat ¹	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo	960 zł	1 910 zł	2 900 zł
91	5 lat ¹	Rozedma płuc leczona operacyjnie	1 170 zł	2 350 zł	3 560 zł
92	5 lat ¹	Guz śródpiersia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczony operacyjnie	1 130 zł	2 250 zł	3 420 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
93	5 lat ¹	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	1 100 zł	2 200 zł	3 320 zł
94	5 lat ¹	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie	2 380 zł	4 780 zł	7 260 zł
95	5 lat ¹	Odma opłucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczone zachowawczo	1 000 zł	1 990 zł	3 020 zł
96	5 lat ¹	Odma opłucnej leczone drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczoney drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej, zapalenia opłucnej, odmy pourazowej lub wysięku pourazowego)	1 170 zł	2 350 zł	3 560 zł
97	5 lat ¹	Odma opłucnej (z wyłączeniem odmy pourazowej) leczone operacyjnie	2 380 zł	4 780 zł	7 260 zł
98	5 lat ¹	Ropniak jamy opłucnej leczoney drenażem lub metodą naktuć opłucnej	1 250 zł	2 500 zł	3 800 zł
99	5 lat ¹	Ropniak jamy opłucnej leczoney operacyjnie	2 380 zł	4 780 zł	7 260 zł
100	5 lat ¹	Ropień płuca leczoney operacyjnie	3 580 zł	7 180 zł	10 890 zł
101	5 lat ¹	Wysięk opłucnowy (z wyłączeniem wysięków zapalnych lub pourazowych) leczoney zachowawczo	1 180 zł	2 380 zł	3 630 zł
102	5 lat ¹	Włóknienie płuc lub choroba śródmiąższowa płuc (z wyłączeniem sarkoidozy płuc) leczone zachowawczo	1 100 zł	2 200 zł	3 320 zł
103	5 lat ¹	Sarkoidoza płuc leczoney zachowawczo	1 180 zł	2 380 zł	3 630 zł
104	5 lat ¹	Nowotwór łagodny płuca leczoney zachowawczo	900 zł	1 790 zł	2 710 zł
105	5 lat ¹	Nowotwór łagodny płuca leczoney operacyjnie	3 390 zł	6 780 zł	10 280 zł
106	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy płuca leczoney zachowawczo	2 200 zł	4 380 zł	6 650 zł
107	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy płuca leczoney operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4 380 zł	8 770 zł	13 310 zł
108	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy płuca leczoney operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6 650 zł	13 280 zł	20 140 zł
109	5 lat ¹	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczoney zachowawczo	900 zł	1 790 zł	2 710 zł
110	5 lat ¹	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej (z wyłączeniem nowotworów skóry) leczoney operacyjnie	1 510 zł	3 030 zł	4 590 zł
111	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczoney operacyjnie	3 580 zł	7 180 zł	10 890 zł
112	5 lat ¹	Ostra niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczoney z zastosowaniem respiratora	1 990 zł	3 990 zł	6 050 zł
113	5 lat ¹	Niewydolność oddechowa leczoney operacyjnie przeszczepem płuca	19 960 zł	39 930 zł	60 500 zł
UKŁAD KRĄŻENIA					
114	5 lat ¹	Choroba serca i układu krążenia diagnozowana z zastosowaniem diagnostyki inwazyjnej (koronarografii lub innej angiografii wykonanych z wprowadzeniem cewnika do jam serca lub światła naczyń oraz z podaniem kontrastu)	390 zł	790 zł	1 210 zł
115	5 lat ³	Żyłaki kończyny dolnej leczone operacyjnie lub zabiegowo	750 zł	1 510 zł	2 290 zł
116	5 lat ¹	Zator tętnicy płucnej leczoney zachowawczo (z wyłączeniem wrodzonych zaburzeń krzepnięcia)	3 210 zł	6 420 zł	9 730 zł
117	5 lat ¹	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	390 zł	790 zł	1 210 zł
118	5 lat ¹	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	1 830 zł	3 670 zł	5 560 zł
119	5 lat ¹	Zapalenie mięśnia serca lub wsierdzia leczone zachowawczo	4 360 zł	8 720 zł	13 220 zł
120	5 lat ¹	Choroba niedokrwienności serca (z wyłączeniem ciężkiej niewydolności serca w klasie III lub IV NHA) leczoney zachowawczo (z wyłączeniem inwazyjnych metod leczenia w tym angioplastyki, angioplastyki z implantacją stentu/stentów, pomostowania aortalno-wieńcowego)	1 000 zł	1 990 zł	3 020 zł
121	5 lat ¹	Ostry zespół wieńcowy leczoney wyłącznie zachowawczo bez stosowania angioplastyki	2 290 zł	4 590 zł	6 950 zł
122	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	2 240 zł	4 510 zł	6 820 zł
123	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu	4 780 zł	9 570 zł	14 470 zł
124	5 lat / 18 mies. ²	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczoney pomostowaniem tętnicy wieńcowej	8 810 zł	17 630 zł	26 700 zł
125	5 lat ¹	Migotanie lub trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo, w tym metodą kardiowersji	750 zł	1 500 zł	2 290 zł
126	5 lat ¹	Zaburzenia rytmu serca (z wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	1 010 zł	2 020 zł	3 040 zł
127	5 lat ¹	Zaburzenia rytmu serca leczone metodą ablacji przezskórnej	4 160 zł	8 340 zł	12 510 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
128	5 lat ¹	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca lub operacją implantacji automatycznego kardiowertera-defibrylatora lub kardiowertera-defibrylatora z funkcją resynchronizacji	5 960 zł	11 930 zł	18 080 zł
129	5 lat ¹	Operacja wymiany stymulatora lub innego implantowanego urządzenia służącego do elektrote-rapii serca	5 180 zł	10 370 zł	15 730 zł
130	5 lat ¹	Ciężka niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA) leczona zachowawczo	3 470 zł	6 950 zł	10 430 zł
131	5 lat ¹	Choroba naczyń obwodowych - zakrzepica lub niedrożność (z wyłączeniem zatorowości płucnej, chorób tętnic mózgowych, wieńcowych, chorób żył powierzchownych lub niezakrzepowego zapa-lenia naczyń) leczona zachowawczo	1 410 zł	2 840 zł	4 310 zł
132	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią	4 970 zł	9 920 zł	15 020 zł
133	5 lat / 18 mies. ²	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem	3 640 zł	7 270 zł	11 020 zł
134	5 lat ¹	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony technikami wewnątrznaczyńiowymi lub radiologii interwencyjnej	4 780 zł	9 570 zł	14 470 zł
135	5 lat ¹	Tętniak tętnicy wewnątrzczaszkowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętniaków leczonych technikami wewnątrznaczyńiowymi lub radiologii interwencyjnej)	11 390 zł	22 780 zł	34 500 zł
136	5 lat / 18 mies. ²	Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodo-wane zmianami miażdżycowymi leczone przeszskórną plastiką wewnątrznaczyńiową z zastoso-waniem stentu	3 320 zł	6 630 zł	10 040 zł
137	5 lat / 18 mies. ²	Niedrożność lub zwężenie naczyń (z wyłączeniem tętnicy szyjnej lub tętnicy wieńcowej) spowodo-wane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy (z wyłączeniem metod wewnątrznaczyńiowych)	4 130 zł	8 260 zł	12 510 zł
138	5 lat ¹	Tętniak aorty leczony metodą wewnątrznaczyńiową (z wyłączeniem leczenia przy użyciu prote-zy naczyniowej)	7 110 zł	14 220 zł	21 570 zł
139	5 lat ¹	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	6 870 zł	13 770 zł	20 860 zł
140	5 lat ¹	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przeszskórnej plastyki wewnątrznaczyńiowej z zastosowaniem stentu)	9 020 zł	18 060 zł	27 350 zł
141	5 lat ¹	Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty) leczony przy użyciu metod wewnątrznaczyńiowych	4 510 zł	8 990 zł	13 620 zł
142	5 lat ¹	Tętniak naczynia tętniczego (z wyłączeniem aorty) leczony operacyjnie (z wyłączeniem metod wewnątrznaczyńiowych)	4 590 zł	9 170 zł	13 910 zł
143	5 lat / 18 mies. ²	Wada zastawkowa serca leczona zabiegowo metodami endowaskularnymi	4 470 zł	8 950 zł	13 430 zł
144	5 lat / 18 mies. ²	Wada zastawkowa serca leczona operacyjnie (z wyłączeniem metod endowaskularnych lub ope-racji wymiany zastawki)	6 650 zł	13 280 zł	20 140 zł
145	5 lat / 18 mies. ²	Wada zastawkowa serca leczona operacyjną wymianą zastawki serca	9 630 zł	19 280 zł	29 210 zł
146	5 lat ¹	Niewydolność serca leczona operacyjnie przeszczepem serca	19 960 zł	39 930 zł	60 500 zł
UKŁAD POKARMOWY					
147	5 lat ¹	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki, o ile nie postawiono rozpoznania lub nie wdrożono leczenia związanego z tymi dolegliwościami	390 zł	790 zł	1 210 zł
148	5 lat ¹	Zapalenie przetyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	860 zł	1 720 zł	2 600 zł
149	5 lat ¹	Polipy przetyku lub żołądka leczone endoskopowo	780 zł	1 550 zł	2 350 zł
150	5 lat ¹	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	570 zł	1 150 zł	1 740 zł
151	5 lat ¹	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone operacyjnie	2 100 zł	4 190 zł	6 340 zł
152	5 lat ¹	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową	1 710 zł	3 430 zł	5 200 zł
153	5 lat ¹	Żylaki przetyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	930 zł	1 880 zł	2 830 zł
154	5 lat ¹	Żylaki przetyku lub żołądka leczone operacyjnie (z wyłączeniem metody endoskopowej)	1 100 zł	2 200 zł	3 320 zł
155	5 lat ¹	Zapalenie wyrostka robaczkowego (z wyłączeniem zapalenia wyrostka robaczkowego powikła-nego rozlanym zapaleniem otrzewnej) leczone operacyjnie	860 zł	1 720 zł	2 600 zł
156	5 lat ¹	Zapalenie wyrostka robaczkowego powiktane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	1 380 zł	2 760 zł	4 180 zł
157	5 lat ³	Przepuklina pachwinowa, mosznowa lub udowa leczone operacyjnie	730 zł	1 470 zł	2 220 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
158	5 lat ¹	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	1 010 zł	2 010 zł	3 040 zł
159	5 lat ¹	Przepuklina brzuszna, w tym przepuklina w bliźnie pooperacyjnej (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej) leczona operacyjnie	940 zł	1 900 zł	2 870 zł
160	5 lat ¹	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	1 000 zł	1 990 zł	3 020 zł
161	5 lat ¹	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie lub zabiegowo	1 180 zł	2 380 zł	3 630 zł
162	5 lat ¹	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	620 zł	1 240 zł	1 870 zł
163	5 lat ¹	Choroba jelita grubego (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub nowotworu złośliwego jelita grubego) leczona operacyjnie	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
164	5 lat ¹	Przewlekła choroba zapalna jelita (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego) leczona zachowawczo	1 170 zł	2 360 zł	3 550 zł
165	5 lat ¹	Ostre zapalenie żółdkowo-jelitowe leczone zachowawczo	600 zł	1 210 zł	1 810 zł
166	5 lat ¹	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
167	5 lat ¹	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	3 430 zł	6 860 zł	10 400 zł
168	5 lat ¹	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	4 780 zł	9 580 zł	14 520 zł
169	5 lat ¹	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	1 390 zł	2 790 zł	4 230 zł
170	5 lat ¹	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
171	5 lat ¹	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie	1 990 zł	3 990 zł	6 050 zł
172	5 lat ¹	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie	2 590 zł	5 180 zł	7 860 zł
173	5 lat ¹	Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem niedrożności lub martwicy jelit, ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii	3 580 zł	7 180 zł	10 890 zł
174	5 lat ¹	Choroba jelita cienkiego (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit, zrostów jelitowych, a także ich powikłań) leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii	4 290 zł	8 560 zł	12 980 zł
175	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego lub przestrzeni zaotrzewnowej leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła lub nowotworu złośliwego żołądka leczonego z wykonaniem endoskopii)	2 380 zł	4 780 zł	7 260 zł
176	5 lat ¹	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	1 210 zł	2 390 zł	3 630 zł
177	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie	3 160 zł	6 320 zł	9 580 zł
178	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	2 880 zł	5 760 zł	8 730 zł
179	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie	4 780 zł	9 580 zł	14 520 zł
180	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy przestrzeni zaotrzewnowej leczony operacyjnie	3 430 zł	6 860 zł	10 400 zł
181	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytwego) leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii	3 580 zł	7 180 zł	10 890 zł
182	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy jelita grubego (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytwego) leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii	4 290 zł	8 560 zł	12 980 zł
183	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy odbytniczno-odbytowy leczony operacyjnie	3 430 zł	6 860 zł	10 400 zł
184	5 lat ¹	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo	1 080 zł	2 170 zł	3 260 zł
185	5 lat ¹	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych (z wyłączeniem nowotworu) leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW	1 050 zł	2 110 zł	3 200 zł
186	5 lat ¹	Kamica, polip pęcherzyka żółciowego lub kamica przewodowa leczone operacyjnie	1 330 zł	2 660 zł	3 990 zł
187	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony zachowawczo	2 380 zł	4 780 zł	7 260 zł
188	5 lat ¹	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	1 880 zł	3 770 zł	5 700 zł
189	5 lat ¹	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4 470 zł	8 950 zł	13 550 zł
190	5 lat ¹	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6 650 zł	13 280 zł	20 140 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
191	5 lat ¹	Choroba wątroby (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby lub niewydolności wątroby) leczona zachowawczo	1 120 zł	2 230 zł	3 380 zł
192	5 lat ¹	Niewydolność lub marskość wątroby (z wyłączeniem marskości alkoholowej) leczona zachowawczo	2 230 zł	4 470 zł	6 770 zł
193	5 lat ¹	Ropień wątroby leczony operacyjnie	3 390 zł	6 780 zł	10 280 zł
194	5 lat ¹	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie	3 330 zł	6 670 zł	10 090 zł
195	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	3 580 zł	7 180 zł	10 890 zł
196	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie	5 580 zł	11 170 zł	16 940 zł
197	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	4 190 zł	8 380 zł	12 700 zł
198	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	2 880 zł	5 760 zł	8 730 zł
199	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie	6 380 zł	12 770 zł	19 360 zł
200	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie	3 580 zł	7 180 zł	10 890 zł
201	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	2 990 zł	5 980 zł	9 070 zł
202	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie	5 390 zł	10 780 zł	16 330 zł
203	5 lat ¹	Niewydolność wątroby (z wyłączeniem alkoholowej marskości wątroby) leczona operacyjnie przeszczepem wątroby	19 960 zł	39 930 zł	60 500 zł
UKŁAD RUCHU					
204	-	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	630 zł	1 270 zł	1 930 zł
205	-	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	920 zł	1 850 zł	2 800 zł
206	-	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki (z wyłączeniem stawu promieniowo-nadgarstkowego lub kości nadgarstka) leczone operacyjnie	920 zł	1 850 zł	2 800 zł
207	-	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego lub złamanie kości nadgarstka leczone operacyjnie	920 zł	1 850 zł	2 800 zł
208	-	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone zachowawczo	630 zł	1 270 zł	1 930 zł
209	-	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	850 zł	1 710 zł	2 590 zł
210	-	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	1 140 zł	2 270 zł	3 450 zł
211	-	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone zachowawczo	440 zł	890 zł	1 350 zł
212	-	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 510 zł	3 030 zł	4 570 zł
213	-	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	2 230 zł	4 450 zł	6 740 zł
214	-	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 440 zł	8 880 zł	13 460 zł
215	-	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	6 380 zł	12 770 zł	19 360 zł
216	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	4 440 zł	8 880 zł	13 460 zł
217	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	6 380 zł	12 770 zł	19 360 zł
218	-	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej)	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
219	-	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką częściową	3 880 zł	7 760 zł	11 750 zł
220	-	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	5 580 zł	11 170 zł	16 940 zł
221	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki lub artroskopii leczniczej)	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
222	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	3 880 zł	7 760 zł	11 750 zł
223	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	5 580 zł	11 170 zł	16 940 zł
224	-	Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, topatka) leczone zachowawczo	560 zł	1 120 zł	1 690 zł
225	-	Złamanie kości obręczy kończyny górnej (obojczyk, topatka) leczone operacyjnie	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
226	-	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	2 590 zł	5 180 zł	7 860 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
227	-	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem artroskopii leczniczej i endoprotezoplastyki)	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
228	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
229	-	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	3 390 zł	6 780 zł	10 260 zł
230	-	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	1 670 zł	3 350 zł	5 080 zł
231	-	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	960 zł	1 930 zł	2 900 zł
232	-	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	2 620 zł	5 260 zł	7 980 zł
233	-	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	630 zł	1 270 zł	1 930 zł
234	-	Urazowe uszkodzenie struktur kostnych stopy leczone operacyjnie	1 120 zł	2 240 zł	3 390 zł
235	5 lat ³	Nabyte zniekształcenie kośćca palucha leczone operacyjnie	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
236	5 lat ³	Nabyte zniekształcenie palców stopy (z wyłączeniem zniekształcenia kośćca palucha) leczone operacyjnie	1 000 zł	1 990 zł	3 020 zł
237	-	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni (z wyłączeniem złamania wielomiejscowego kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych) leczone operacyjnie	1 100 zł	2 200 zł	3 320 zł
238	-	Złamanie trzonu kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	440 zł	890 zł	1 350 zł
239	-	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 510 zł	3 030 zł	4 570 zł
240	-	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	2 230 zł	4 450 zł	6 740 zł
241	-	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	1 550 zł	3 110 zł	4 710 zł
242	-	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	2 990 zł	5 990 zł	9 070 zł
243	-	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z jednoczesnym uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	3 990 zł	7 980 zł	12 100 zł
244	-	Złamanie kości obu kończyn dolnych z przemieszczeniem leczone operacyjnie	8 770 zł	17 560 zł	26 620 zł
245	-	Pourazowa różnica w długości kości leczone operacyjnie	2 990 zł	5 980 zł	9 070 zł
246	-	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką częściową	4 190 zł	8 380 zł	12 700 zł
247	-	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	5 980 zł	11 970 zł	18 150 zł
248	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
249	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	4 190 zł	8 380 zł	12 700 zł
250	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	5 980 zł	11 970 zł	18 150 zł
251	-	Złamanie kości stawu kolanowego leczone zachowawczo	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
252	-	Złamanie kości biodrowej (w tym kości miednicy) leczone zachowawczo	1 050 zł	2 110 zł	3 190 zł
253	-	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	3 760 zł	7 510 zł	11 370 zł
254	-	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	880 zł	1 760 zł	2 660 zł
255	-	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	3 580 zł	7 180 zł	10 890 zł
256	-	Urazowe złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	5 180 zł	10 370 zł	15 730 zł
257	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką częściową ⁴	3 580 zł	7 180 zł	10 890 zł
258	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą ⁴	5 180 zł	10 370 zł	15 730 zł
259	-	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
260	-	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	880 zł	1 760 zł	2 660 zł
261	5 lat ¹	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	630 zł	1 270 zł	1 930 zł
262	5 lat ¹	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodami zabiegowymi: ostrzykiwanie, leczenie z zastosowaniem komórek macierzystych, osocza	790 zł	1 590 zł	2 420 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
263	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej lub artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	840 zł	1 670 zł	2 540 zł
264	5 lat ³	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	1 330 zł	2 660 zł	4 020 zł
265	-	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	1 270 zł	2 560 zł	3 870 zł
266	-	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem usunięcia materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej)	1 100 zł	2 200 zł	3 320 zł
267	-	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra lub uda leczona operacyjnie	3 390 zł	6 780 zł	10 260 zł
268	-	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie	2 620 zł	5 260 zł	7 980 zł
269	-	Amputacja urazowa stopy lub palców stopy	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
270	5 lat ¹	Amputacja całej kończyny dolnej z przyczyn chorobowych	4 440 zł	8 880 zł	13 460 zł
271	5 lat ¹	Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości podudzia	2 230 zł	4 450 zł	6 740 zł
272	5 lat ¹	Amputacja kończyny dolnej z przyczyn chorobowych na wysokości stawu skokowego	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
273	5 lat ¹	Amputacja części stopy lub palców stopy z przyczyn chorobowych	880 zł	1 760 zł	2 660 zł
274	5 lat ³	Zakażenie tkanek miękkich w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	2 590 zł	5 180 zł	7 840 zł
275	-	Złamanie kości kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej) leczone zachowawczo	1 700 zł	3 390 zł	5 130 zł
276	-	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie	3 390 zł	6 780 zł	10 280 zł
277	-	Uraz kręgosłupa (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa lub złamania kości obręczy kończyny dolnej) leczony zachowawczo	1 180 zł	2 380 zł	3 630 zł
278	5 lat ¹	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie	3 390 zł	6 780 zł	10 280 zł
279	5 lat ¹	Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona operacyjnie (z wyłączeniem małoinwazyjnych metod zabiegowych)	1 450 zł	2 900 zł	4 350 zł
280	5 lat ¹	Dyskopatia kręgosłupa z zespołem neurologicznym leczona zachowawczo lub małoinwazyjnymi metodami zabiegowymi	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
281	5 lat ¹	Skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	9 100 zł	18 200 zł	27 580 zł
282	5 lat ¹	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
283	5 lat ¹	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgow)	1 990 zł	3 990 zł	6 050 zł
284	5 lat ¹	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	2 110 zł	4 210 zł	6 380 zł
285	5 lat ¹	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	3 790 zł	7 570 zł	11 490 zł
286	5 lat ¹	Zakażenie stawu lub tkanek okostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy) leczone zachowawczo	1 840 zł	3 680 zł	5 580 zł
287	5 lat ¹	Zapalenie stawu lub tkanek okostawowych narządu ruchu (z wyłączeniem boreliozy, zakażenia stawu lub tkanek okostawowych narządu ruchu lub zapalenia stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej) leczone zachowawczo	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
288	5 lat ¹	Jatowa martwica kości leczona zachowawczo	1 510 zł	3 030 zł	4 590 zł
289	5 lat ³	Jatowa martwica kości leczona operacyjnie	2 200 zł	4 380 zł	6 650 zł
290	5 lat ¹	Choroba układu mięśniowego (z wyłączeniem choroby mięśnia obręczy kończyny dolnej) leczona zachowawczo	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
291	5 lat ¹	Choroba układu mięśniowego leczona operacyjnie	840 zł	1 670 zł	2 540 zł
292	-	Urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	1 300 zł	2 620 zł	3 990 zł
293	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony zachowawczo	1 990 zł	3 990 zł	6 050 zł
294	5 lat ¹	Nowotwór łagodny tkanki kostnej leczony operacyjnie	630 zł	1 270 zł	1 930 zł
295	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	1 880 zł	3 760 zł	5 680 zł
296	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	4 230 zł	8 440 zł	12 800 zł
297	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej (z wyłączeniem kości kręgosłupa) leczony operacyjnie	2 200 zł	4 380 zł	6 650 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
SKÓRA					
298	5 lat ¹	Nowotwór łagodny skóry (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej lub znamion barwnikowych) leczony operacyjnie	570 zł	1 150 zł	1 730 zł
299	5 lat ¹	Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo	480 zł	960 zł	1 450 zł
300	5 lat ¹	Choroba ropna skóry, choroba pęcherzowa skóry (z wyłączeniem chorób zakaźnych) leczona zachowawczo	890 zł	1 780 zł	2 700 zł
301	5 lat ¹	Choroba ropna skóry, owrzodzenie skóry lub martwica skóry (z wyłączeniem martwicy będącej skutkiem urazu) leczona zabiegowo (z wyłączeniem przeszczepu skóry)	1 050 zł	2 110 zł	3 190 zł
302	5 lat ³	Owzrostnienie podudzi leczone operacyjnie przeszczepem skóry	3 580 zł	7 180 zł	10 890 zł
303	5 lat ¹	Toczeń skórny, rumień guzowaty (z wyłączeniem rumienia guzowatego towarzyszącego sarkoidozie lub chorobom zapalnym jelit) leczony zachowawczo	1 670 zł	3 350 zł	5 080 zł
304	5 lat ¹	Łuszczyca skóry lub choroba wynikająca z nadmiernego rogowacenia skóry (z wyłączeniem łuszczycy stawowej) leczona zachowawczo	1 580 zł	3 150 zł	4 770 zł
305	5 lat ¹	Liszaj płaski leczony zachowawczo	600 zł	1 180 zł	1 810 zł
306	5 lat ¹	Martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo	1 360 zł	2 710 zł	4 110 zł
307	5 lat ¹	Torbiel włosowa leczona operacyjnie	620 zł	1 240 zł	1 880 zł
308	5 lat ³	Choroba sutka diagnozowana z zastosowaniem biopsji gruboigłowej lub chirurgicznej	360 zł	720 zł	1 080 zł
309	5 lat ³	Choroba sutka (z wyłączeniem nowotworu sutka lub rekonstrukcji sutka po uprzednim operacyjnym leczeniu nowotworu sutka) leczona operacyjnie	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
310	5 lat ³	Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie	790 zł	1 590 zł	2 420 zł
311	5 lat ³	Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo	1 210 zł	2 390 zł	3 630 zł
312	5 lat ³	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z procedurą węzła wartowniczego	1 500 zł	3 020 zł	4 530 zł
313	5 lat ³	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych (z wyłączeniem nowotworu złośliwego sutka leczonego operacyjnie z zastosowaniem jedynie procedury węzła wartowniczego)	2 990 zł	5 980 zł	9 070 zł
314	5 lat ¹	Przerzuty raka sutka do węzłów chłonnych leczone operacyjnie	1 500 zł	3 020 zł	4 530 zł
315	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego skóry twarzy lub szyi) leczony operacyjnie	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
316	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy skóry twarzy lub szyi leczony operacyjnie	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
317	5 lat ³	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
318	5 lat ³	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
ENDOKRYNOLOGIA					
319	5 lat ¹	Cukrzyca leczona zachowawczo	1 360 zł	2 710 zł	4 110 zł
320	5 lat ¹	Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo	1 670 zł	3 350 zł	5 080 zł
321	5 lat ¹	Choroba narządu układu wydzielania wewnętrznego (z wyłączeniem cukrzycy, śpiączki cukrzycowej, nowotworu przysadki mózgowej lub nowotworu złośliwego tarczycy) leczona zachowawczo	1 180 zł	2 380 zł	3 630 zł
322	5 lat ¹	Choroba tarczycy (z wyłączeniem nowotworu złośliwego) leczona operacyjnie	1 480 zł	2 970 zł	4 450 zł
323	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tarczycy leczony operacyjnie	2 120 zł	4 250 zł	6 430 zł
324	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy tarczycy leczony zachowawczo	1 830 zł	3 670 zł	5 510 zł
325	5 lat ¹	Choroba przytarczyc leczona operacyjnie	2 550 zł	5 090 zł	7 700 zł
326	5 lat ¹	Choroba przysadki mózgowej leczona operacyjnie	4 590 zł	9 170 zł	13 910 zł
327	5 lat ³	Choroba nadnerczy leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	2 440 zł	4 870 zł	7 380 zł
328	5 lat ³	Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie	2 950 zł	5 900 zł	8 950 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
UKŁAD MOCZOWY					
329	5 lat ¹	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki, o ile nie postawiono ostatecznego rozpoznania lub nie wdrożono leczenia	480 zł	960 zł	1 450 zł
330	5 lat ¹	Zakażenie układu moczowego (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego) lub kolka nerkowa leczone zachowawczo	510 zł	1 030 zł	1 570 zł
331	5 lat ¹	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL	620 zł	1 240 zł	1 870 zł
332	5 lat ¹	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL)	1 000 zł	1 990 zł	3 020 zł
333	5 lat ¹	Choroby zapalne nerek (z wyłączeniem zakażenia układu moczowego, zapalenia cewki moczowej lub pęcherza moczowego) leczone zachowawczo	620 zł	1 240 zł	1 870 zł
334	5 lat ¹	Choroba układu moczowego leczona metodami endoskopii przezcewkowej	1 100 zł	2 200 zł	3 320 zł
335	5 lat ¹	Choroba pęcherza moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii	2 200 zł	4 380 zł	6 650 zł
336	5 lat ¹	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	1 510 zł	3 030 zł	4 590 zł
337	5 lat ¹	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	2 440 zł	4 870 zł	7 380 zł
338	5 lat ¹	Choroba układu moczowego leczona operacyjnie z zastosowaniem urostomii (z wyłączeniem choroby pęcherza moczowego leczonej operacyjnie z zastosowaniem urostomii)	1 670 zł	3 350 zł	5 080 zł
339	5 lat ¹	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, przetok lub gruźlicy układu moczowego) leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia z zastosowaniem urostomii lub kamicy układu moczowego leczonej z użyciem ESWL lub chorób układu moczowego leczonych metodami endoskopii przezcewkowej)	2 820 zł	5 650 zł	8 560 zł
340	5 lat ¹	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie lub zabiegowo	1 520 zł	3 060 zł	4 640 zł
341	5 lat ¹	Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rodnego) leczone metodami laserowymi	1 100 zł	2 200 zł	3 320 zł
342	5 lat ¹	Nietrzymanie moczu (z wyłączeniem nietrzymania moczu w przebiegu wypadania narządu rodnego) leczone operacyjnie	1 670 zł	3 350 zł	5 080 zł
343	5 lat ¹	Przetoki układu moczowego leczone operacyjnie	3 390 zł	6 780 zł	10 280 zł
344	5 lat ¹	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	1 700 zł	3 390 zł	5 130 zł
345	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (z wyłączeniem nowotworu o dużym zaawansowaniu miejscowym) leczony operacyjnie	3 350 zł	6 710 zł	10 160 zł
346	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wycięciem pęcherza moczowego wraz z nacieczonymi innymi częściami układu moczowego (nerki, moczowodu, cewki moczowej) lub narządów sąsiednich (z wyłączeniem węzłów chłonnych i przerzutów odległych)	5 420 zł	10 850 zł	16 450 zł
347	5 lat ³	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie	4 190 zł	8 380 zł	12 700 zł
348	5 lat ¹	Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	7 980 zł	15 970 zł	24 200 zł
349	5 lat ¹	Niewydolność nerek leczona operacyjnie przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	9 580 zł	19 160 zł	29 040 zł
MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE					
350	5 lat ¹	Łagodny rozrost gruczołu krokowego diagnozowany z zastosowaniem biopsji	360 zł	720 zł	1 080 zł
351	5 lat ¹	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową, a także nowotworów) leczona zachowawczo	660 zł	1 300 zł	1 990 zł
352	5 lat ¹	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	900 zł	1 790 zł	2 710 zł
353	5 lat ¹	Choroba męskich narządów płciowych (z wyłączeniem choroby napletka, przepukliny mosznowej, chorób przenoszonych drogą płciową lub nowotworów złośliwych) leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	1 140 zł	2 290 zł	3 450 zł
354	5 lat ¹	Choroba napletka leczona operacyjnie	360 zł	720 zł	1 080 zł
355	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy męskich narządów płciowych leczony zachowawczo	1 210 zł	2 390 zł	3 630 zł
356	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	1 500 zł	3 020 zł	4 530 zł
357	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 620 zł	5 260 zł	7 980 zł
358	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	1 740 zł	3 480 zł	5 290 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
359	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 970 zł	5 950 zł	9 000 zł
360	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	2 640 zł	5 290 zł	8 010 zł
361	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	3 390 zł	6 780 zł	10 280 zł
ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE					
362	5 lat ¹	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wytyżeczkowania leczniczego lub diagnostycznego macicy, biopsji macicy, histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka macicy	490 zł	1 000 zł	1 500 zł
363	5 lat ¹	Choroba żeńskich narządów płciowych (z wyłączeniem nowotworu jajnika, jajowodu lub macicy) leczona zachowawczo	750 zł	1 490 zł	2 260 zł
364	5 lat ¹	Choroba szyjki macicy leczona konizacją chirurgiczną/elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokautezy, krioterapii, laseroterapii	910 zł	1 820 zł	2 760 zł
365	5 lat ¹	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	750 zł	1 500 zł	2 260 zł
366	5 lat ¹	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych, niepłodności, a także z wyłączeniem chorób szyjki macicy leczonych konizacją chirurgiczną / elektrokonizacją lub przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokautezy, krioterapii, laseroterapii, lub histeroskopowego usunięcia polipa lub mięśniaka)	1 210 zł	2 390 zł	3 630 zł
367	5 lat ¹	Obniżenie lub wypadanie żeńskich narządów płciowych lub wysiłkowe nietrzymanie moczu leczone operacyjnie	1 670 zł	3 350 zł	5 080 zł
368	5 lat ¹	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	750 zł	1 510 zł	2 290 zł
369	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	1 900 zł	3 790 zł	5 740 zł
370	5 lat ³	Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	1 590 zł	3 190 zł	4 840 zł
371	5 lat ³	Torbiel jajnika, nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	1 910 zł	3 820 zł	5 800 zł
372	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	2 120 zł	4 240 zł	6 420 zł
373	5 lat ³	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 790 zł	5 580 zł	8 470 zł
374	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	1 490 zł	2 990 zł	4 530 zł
375	5 lat ¹	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie	1 610 zł	3 230 zł	4 890 zł
376	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	2 140 zł	4 290 zł	6 500 zł
377	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 480 zł	4 990 zł	7 550 zł
378	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	2 690 zł	5 390 zł	8 160 zł
379	5 lat ¹	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	3 390 zł	6 780 zł	10 280 zł
HEMATOLOGIA					
380	5 lat ¹	Niedokrwistość leczona przetoczeniem krwi (z wyłączeniem leczenia związanego z porodem lub połogiem lub skutków leczenia operacyjnego, a także skutków leczenia urazu) lub zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem chemio- i/lub radioterapii)	910 zł	1 820 zł	2 760 zł
381	5 lat ¹	Choroba hematologiczna leczona operacyjnie usunięciem śledziony	2 480 zł	4 990 zł	7 550 zł
382	5 lat ¹	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone zachowawczo	3 300 zł	6 580 zł	9 970 zł
383	5 lat ¹	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone autologicznym lub izogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku (w tym także komórek macierzystych wyizolowanych z krwi obwodowej)	13 970 zł	27 950 zł	42 350 zł
384	5 lat ¹	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego lub limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku	15 970 zł	31 940 zł	48 400 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
TRAUMATOLOGIA					
385	-	Uraz wielonarządowy lub uraz wielomiejskowy narządu ruchu wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	2 240 zł	4 480 zł	6 800 zł
386	-	Złamania kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone zachowawczo	720 zł	1 450 zł	2 170 zł
387	-	Złamania kości sklepienia lub podstawy czaszki (z wyłączeniem kości twarzoczaszki) leczone operacyjnie	1 740 zł	3 480 zł	5 290 zł
388	-	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony zachowawczo	4 990 zł	9 970 zł	15 120 zł
389	-	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy leczony operacyjnie	5 980 zł	11 970 zł	18 150 zł
390	-	Uraz głowy ze wstrząśnięciem mózgu leczony zachowawczo	1 000 zł	1 990 zł	3 020 zł
391	-	Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony zachowawczo (w tym z zastosowaniem tamponady)	550 zł	1 120 zł	1 690 zł
392	-	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	700 zł	1 410 zł	2 120 zł
393	-	Uraz nosa lub ucha (z wyłączeniem złamania kości twarzoczaszki) leczony operacyjnie	790 zł	1 600 zł	2 420 zł
394	-	Złamanie kości twarzoczaszki bez złamania oczodołu leczone operacyjnie	1 620 zł	3 240 zł	4 900 zł
395	-	Złamanie kości twarzoczaszki ze złamaniem oczodołu leczone operacyjnie	4 110 zł	8 220 zł	12 460 zł
396	-	Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony zachowawczo	880 zł	1 740 zł	2 640 zł
397	-	Uraz oka lub otaczających je tkanek miękkich leczony operacyjnie	1 210 zł	2 420 zł	3 630 zł
398	-	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczony operacyjnie	1 990 zł	3 990 zł	6 050 zł
399	-	Uraz gardła lub krtani leczony zachowawczo	600 zł	1 210 zł	1 810 zł
400	-	Uraz gardła lub krtani leczony operacyjnie	1 360 zł	2 700 zł	4 080 zł
401	-	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub krwiakiem opłucnej albo odmą opłucnej ze złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo lub drenażem opłucnej	1 990 zł	3 990 zł	6 050 zł
402	-	Uraz narządów klatki piersiowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu klatki piersiowej leczonego wyłącznie drenażem chirurgicznym opłucnej)	2 390 zł	4 780 zł	7 260 zł
403	-	Uraz narządów jamy brzusznej lub układu moczowo-płciowego leczony zachowawczo	1 360 zł	2 700 zł	4 080 zł
404	-	Uraz narządów jamy brzusznej (z wyłączeniem urazu narządów układu moczowo-płciowego) leczony operacyjnie	2 240 zł	4 480 zł	6 800 zł
405	-	Uraz narządów układu moczowo-płciowego leczony operacyjnie	2 640 zł	5 290 zł	8 010 zł
406	-	Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie	490 zł	1 000 zł	1 500 zł
407	-	Rozległe oparzenie skóry (obejmujące co najmniej 10% TBSA) leczone zachowawczo	1 360 zł	2 700 zł	4 080 zł
408	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny górnej wywołane urazem leczone operacyjnie	2 660 zł	5 320 zł	8 040 zł
409	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry kończyny dolnej wywołane urazem leczone operacyjnie	2 660 zł	5 320 zł	8 040 zł
410	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry tułowia, szyi lub owłosionej skóry głowy wywołane urazem leczone operacyjnie	2 090 zł	4 160 zł	6 250 zł
411	-	Rozległy ubytek lub martwica skóry twarzy wywołane urazem leczone operacyjnie	5 560 zł	11 110 zł	16 830 zł
CHOROBY UKŁADOWE LUB OGÓLNOUSTROJOWE					
412	5 lat ¹	Reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń układowy, twardzina układowa, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, zapalenie naczyń z martwicą leczone zachowawczo	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
413	5 lat ¹	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów, tocznia układowego, twardziny układowej, zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, zapalenia naczyń z martwicą)	1 080 zł	2 150 zł	3 260 zł
414	5 lat ¹	Zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo z wyłączeniem zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczonego zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego	1 270 zł	2 560 zł	3 870 zł
415	5 lat ¹	Choroba infekcyjna ośrodkowego układu nerwowego (z wyłączeniem neuroboreliozy), zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego	3 580 zł	7 180 zł	10 890 zł

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
416	5 lat ¹	Choroba zakaźna leczona zachowawczo (z wyłączeniem zapalenia gardła, krtani, ucha lub tkanek oczodołu, półpaśca ocznego, chorób przenoszonych drogą płciową, zakażenia układu moczowego, układu kostnego, stawów lub tkanek okołostawowych, zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, choroby infekcyjnej ośrodkowego układu nerwowego leczonej zachowawczo w warunkach OIOM/OIT lub sali intensywnego nadzoru neurologicznego, zatrucia lub zakażenia pokarmowego lub chorób zapalnych płuc lub oskrzeli)	1 180 zł	2 380 zł	3 630 zł
417	5 lat ¹	Wstrząs septyczny leczony zachowawczo	1 790 zł	3 580 zł	5 440 zł
418	5 lat ¹	Otyłość leczona metodami endoskopowymi (z wyłączeniem leczenia zachowawczego, leczenia operacyjnego metodą otwartą, leczenia laparoskopowego lub liposukcji)	690 zł	1 390 zł	2 110 zł
419	5 lat ¹	Otyłość leczona operacyjnie metodą otwartą lub laparoskopowo	960 zł	1 930 zł	2 900 zł

Część II. Inne Postępowania Medyczne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
420	5 lat ¹	Inne Postępowanie Medyczne	600 zł	1 210 zł	1 810 zł

Część III. Postępowania Medyczne SOR

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
421	12 miesięcy ¹	Postępowanie Medyczne SOR	120 zł	180 zł	240 zł

Część IV. Postępowania Medyczne Ambulatoryjne

Nr poz.	Okres karencji	Postępowanie Medyczne	Poziom Świadczeń		
			I	II	III
422	12 miesięcy ¹	Postępowanie Medyczne Ambulatoryjne	360 zł	720 zł	1 080 zł

Część V. Okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Dodatkowe

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Poziom Świadczeń		
		I	II	III
423	Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio-, hormono- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym Głównym Postępowaniem Medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	720 zł	1 450 zł	2 170 zł
424	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca / zawałem serca / operacją serca / udarem mózgu, przeprowadzone w sanatorium / szpitalu uzdrowiskowym / stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia Pobytu w Szpitalu, podczas którego zastosowano Główne Postępowanie Medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	1 210 zł	2 420 zł	3 630 zł
425	Główne Postępowanie Medyczne przeprowadzone na rzecz Ubezpieczonego, który w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu, w czasie którego zastosowano to Postępowanie Medyczne, nie ukończył 18. roku życia	60 zł	120 zł	180 zł
		za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, ale łącznie nie więcej niż:		
		300 zł	600 zł	900 zł

Część VI. Okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Lekowe

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Świadczenie Lekowe
426	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, z wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	720 zł
427	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym lub zabiegowym, z wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	360 zł
428	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	6 050 zł

Nr poz.	Okoliczności wypłaty	Świadczenie Lekowe
429	Główne Postępowanie Medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego, a następnie zastosowanie zaleconych przez onkologa: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, o ile na dzień zastosowania: – znajdowały się w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub stanowiły produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pozwolenia wydanego przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską oraz – nie zaliczały się do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – niezależnie od tego, czy Ubezpieczony miał prawo do korzystania z tych świadczeń.	12 100 zł

Część VII. Limity Wypłat

Limit Wypłat	Poziom Świadczeń		
	I	II	III
Jeśli ubezpieczenie nie obejmuje opcji Świadczenia Lekowego	33 880 zł	67 760 zł	101 640 zł
Jeśli ubezpieczenie obejmuje opcję Świadczenia Lekowego	39 930 zł	79 860 zł	121 000 zł

¹ Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach.

² Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach, przy czym:

- okres 5 lat odnosi się do Postępowań Medycznych, które dotyczą tej samej struktury wielokrotnie występującej,
- okres 18 miesięcy odnosi się do Postępowań Medycznych, które dotyczą takiej samej struktury, anatomicznie inaczej położonej.

³ Okres dotyczy Postępowań Medycznych, o których mowa w ogólnych warunkach, i jest liczony odrębnie dla lewego i prawego narządu położonego symetrycznie.

⁴ Ubezpieczenie nie obejmuje Głównego Postępowania Medycznego związanego z chorobą zwyrodnieniową stawu leżącego endoprotezoplastyką, jeśli Pobyt w Szpitalu, który wiąże się z tym postępowaniem, rozpoczyna się w pierwszych 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej.

Dokument został zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 64/2023 i wchodzi w życie 10 września 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Pobyty w szpitalu

Co zyskujesz?

Wyptacimy Ci pieniądze już za 1 dzień pobytu w szpitalu, który jest konsekwencją wypadku, oraz już za 4 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu, który ma związek z chorobą.

Warto wiedzieć

- Wyptata za dzień pobytu w szpitalu to nawet **500 zł** (wysokość zależy od wybranego Dziennego Świadczenia Szpitalnego).
- Możesz otrzymać wiele wyptat z tej umowy – nawet za **180 dni pobytu** w szpitalu w ciągu roku.
- Wyptacimy Ci świadczenie rekonwalescencyjne za pobyt w szpitalu, który trwał nieprzerwanie 14 dni.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU (PS/TZ/2/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU (PS/TZ/2/2024)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej** dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która:
 - a) prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu, potogu, chyba że zgodnie z dokumentacją medyczną występuje zagrożenie poronieniem, poronienie, zagrożenie porodem przedwczesnym, ciąża pozamaciczna, zagrożenie życia osoby, którą obejmujemy ochroną ubezpieczeniową, lub zagrożenie życia dziecka;
 - b) występuje w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
3. **Dziecko** – Ubezpieczony, który w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 18 lat
4. **Dzienne Świadczenie Szpitalne** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe za jeden Dzień Pobytu w Szpitalu; Dzienne Świadczenie Szpitalne wskazujemy w Dokumentie Ubezpieczenia
5. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia rejestracji do dnia wypisu
6. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
7. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i musi rozpoczynać się w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu. Pobyt w Szpitalu nie jest pobyt na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym
8. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe

Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia

9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
 - b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarskiPodmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych
10. **Świadczenie Rekonwalescencyjne** – równowartość pięciu Dziennych Świadczeń Szpitalnych, którą wypłacamy za Pobyt w Szpitalu, który trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni
11. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
12. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
13. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koto podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
14. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego oraz Świadczenia Rekonwalescencyjnego.
3. Dzienne Świadczenie Szpitalne wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Pobytu w Szpitalu w celu leczenia:
 - a) Choroby – jeżeli pobyt trwa nieprzerwanie 4 dni lub
 - b) następstw Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstw wypadków, którym Ubezpieczony uległ w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu – jeżeli pobyt trwał przez co najmniej 1 dzień.
4. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 180 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Jeżeli Pobyt w Szpitalu trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni, to wypłacamy Ubezpieczonemu także Świadczenie Rekonwalescencyjne. Z tytułu tego samego Pobytu w Szpitalu wypłacamy wyłącznie jedno takie świadczenie.
6. Przez pierwsze 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej ubezpieczenie obejmuje tylko Pobyt w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

- Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - gdy zostanie rozwiązana Umowa.Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

- Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
- Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu oraz
 - rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
- Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
- Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
- Jeśli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

- Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - Wiek Ubezpieczonego,
 - Dziennego Świadczenia Szpitalnego,
 - wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

- Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa:
 - co najmniej jeden dzień lub dłużej – w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku lub
 - nieprzerwanie 4 dni lub dłużej – w celu leczenia Choroby to wypłacamy Ubezpieczonemu Dzielne Świadczenie za każdy dzień takiego pobytu, ale nie więcej niż za 180 dni.
- Do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dzielne Świadczenie Szpitalne, które obowiązuje w pierwszym dniu Pobytu w Szpitalu, z wyłączeniem sytuacji, w której podwyższyliśmy Dzielne Świadczenie Szpitalne na Twój wniosek, a następnie w ciągu 90 dni od tej zmiany Ubezpieczony rozpoczął Pobyt w Szpitalu w celu leczenia Choroby. W takiej sytuacji do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dzielne Świadczenie Szpitalne, które obowiązywało przed podwyższeniem.

- Jeżeli Pobyt w Szpitalu trwa nieprzerwanie co najmniej 14 dni, to wypłacamy Ubezpieczonemu także Świadczenie Rekonwalescencyjne.
- Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, to Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę za pierwsze 30 dni tego pobytu.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu oraz:

- wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- dokumentów, które potwierdzają Pobyt w Szpitalu, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- w wyjątkowych sytuacjach możemy poprosić o: historię Choroby, wyniki badań, dokumentację medyczną dotyczącą diagnozowania i leczenia Choroby lub następstw Nieszczęśliwego Wypadku, których leczenie było przyczyną Pobytu w Szpitalu.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

- Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Pobytu w Szpitalu nastąpił:
 - w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich, a w przypadku Dziecka – także przez osoby, pod których opieką Dziecko pozostaje,
 - w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
 - w związku z wadą wrodzoną Dziecka,
 - w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
 - w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku,
 - w związku z zabiegiem operacyjnym cięcia cesarskiego, o ile konieczność przeprowadzenia zabiegu nie była spowodowana Nieszczęśliwym Wypadkiem,
 - w związku z diagnozowaniem i leczeniem niepełności,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
 - w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 47/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

UMOWA DODATKOWA

Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”

MATERIAL REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci dostęp do lekarzy specjalistów, badań medycznych i drobnych zabiegów w 1500 placówkach medycznych Grupy LUX MED.
- Możesz korzystać z lekarskich wizyt domowych oraz pomocy w razie nagłych problemów ze zdrowiem dzięki programowi Medi-Assistance.
- Dostęp do opieki medycznej mają również Twój najbliżsi: partner albo partnerka oraz dzieci. Wystarczy, że wybierzesz pakiet w wersji rodzinnej – jej cena nie zależy od liczby osób w rodzinie.

Warto wiedzieć

Zawsze aktualną listę placówek medycznych Grupy LUX MED (własnych i partnerskich) znajdziesz na stronie: www.allianz.pl

Zwróć uwagę

- Z porad wielu lekarzy specjalistów możesz korzystać bez skierowania.
- W przypadku dzieci wizyta u specjalisty powinna być poprzedzona wizytą u pediatry (z wyjątkiem wizyty u okulisty, ortopedy, chirurga, laryngologa oraz neurologa).

Jak skorzystać ze specjalistycznej porady lub zrobić badanie diagnostyczne?

- Na konsultacje we wszystkich placówkach możesz umawiać się telefonicznie, a w przypadku placówek własnych Grupy LUX MED – również przez internet: www.luxmed.pl/dla-pacjentow, zakładka Portal Pacjenta.
- Aby skorzystać z badania diagnostycznego, potrzebujesz skierowania od lekarza Grupy LUX MED.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (PMED/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-5 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 6 Art. 9 Art. 10 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (PMED/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku,
 - b) trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny
4. **Partner** – osoba, z którą Ubezpieczony prowadzi z wspólnie gospodarstwo domowe
5. **Placówka Medyczna** – podmiot leczniczy lub lekarz świadczący Usługi Medyczne, który współpracuje z nami w zakresie realizacji Usług Medycznych
6. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
7. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwoty, które wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia, odrębnie dla Niezdolności do Pracy i dla śmierci Ubezpieczonego i które wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku wystąpienia danego zdarzenia; kwoty te nie podlegają indeksacji
8. **Ubezpieczony** – osoba, której życie i zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Dodatkowej i która w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat. Ubezpieczonym może być:
 - a) w wersji indywidualnej – Ubezpieczony Główny lub pełnoletni Ubezpieczony w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie,
 - b) w wersji rodzinnej – Ubezpieczony Główny lub pełnoletni Ubezpieczony w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie wraz z następującymi osobami, które zostały wskazane we Wniosku:
 - ich małżonkami albo Partnerami lub

- własnymi albo przysposobionymi dziećmi tych osób, o ile pozostają albo do uzyskania pełnoletności pozostawaty pod ich władzą rodzicielską

9. **Usługi Medyczne** – działania, których celem jest przywrócenie zdrowia Ubezpieczonego, zapobieganie chorobom, ich wczesne wykrywanie oraz leczenie. Działania te obejmują uzasadnione z medycznego punktu widzenia: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz zabiegi ambulatoryjne
10. **Wariant Ubezpieczenia** – zakres Usług Medycznych, które udostępniamy Ubezpieczonemu w Umowie Dodatkowej
11. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
12. **Wykaz Usług Medycznych** – dokument, który zawiera listę Usług Medycznych objętych ubezpieczeniem w poszczególnych Wariantach Ubezpieczenia
13. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
14. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Zgodnie z Twoim Wnioskiem ochroną ubezpieczeniową obejmujemy:
 - a) życie i zdrowie jednego Ubezpieczonego (wersja indywidualna) albo
 - b) życie i zdrowie wielu Ubezpieczonych (wersja rodzinna).
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) korzystanie przez Ubezpieczonego z Usług Medycznych w Placówkach Medycznych – zgodnie z Wariantem Ubezpieczenia, który wybierasz,
 - b) Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku pełnoletniego Ubezpieczonego,
 - c) śmierć Ubezpieczonego,także wtedy, gdy występują w związku z Rekreacyjnym Uprawianiem Sportu.
3. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. W razie śmierci Ubezpieczonego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Ubezpieczony może korzystać z Usług Medycznych w okresie, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
6. Jeśli spóźnisz się z płatnościami Składek o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do Usług Medycznych z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zapłacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznawiamy dostęp do Usług Medycznych.
7. W tym samym czasie możemy obejmować Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednej Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,

- b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, następującego po Miesiącu Polisowym, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie zawieramy z Tobą nowej Umowy Dodatkowej dla tego samego Ubezpieczonego w ciągu 6 miesięcy od rozwiązania poprzedniej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy za Niezdolność do Pracy, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) tego, czy wybierasz wersję indywidualną czy rodzinną ubezpieczenia, oraz
 - c) Wariantu Ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 JAK SKORZYSTAĆ Z USŁUGI MEDYCZNEJ

1. Ubezpieczony, aby skorzystać z Usługi Medycznej w ramach swojego Wariantu Ubezpieczenia:
 - a) uzgadnia termin z wybraną Placówką Medyczną: telefonicznie, osobiście albo online za pośrednictwem portalu pacjenta,
 - b) stosuje się do otrzymanych zaleceń i wskazówek,
 - c) zgłasza się do Placówki Medycznej w uzgodnionym terminie, z ważnym dokumentem tożsamości,
 - d) korzysta z badań diagnostycznych oraz zabiegów ambulatoryjnych na podstawie zlecenia lekarza z Placówki Medycznej. Placówka Medyczna może odmówić realizacji Usługi Medycznej, jeśli Ubezpieczony nie stosuje się do tych zasad.
2. Możemy zmienić Listę Placówek Medycznych z ważnych przyczyn, takich jak zaprzestanie albo rozpoczęcie świadczenia Usług Medycznych przez Placówkę Medyczną. Taka zmiana nie stanowi zmiany Umowy Dodatkowej.
3. Aktualną listę Placówek Medycznych udostępniamy na naszej stronie internetowej.
4. Wariant ubezpieczenia możesz zmienić raz w Roku Ubezpieczenia.

ART. 7 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie Niezdolności do Pracy danego Ubezpieczonego wypłacamy mu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, którą wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. W razie śmierci danego Ubezpieczonego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, którą wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia. Pieniądże wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego zgodnie z OWU albo Ogólnymi warunkami umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, chyba że Ubezpieczony wskazał inne osoby. W przypadku pozostałych Ubezpieczonych pieniądze wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców danego Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

ART. 8 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy:

- a) zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:
 - wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego,
- b) zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci. Jeśli nie jest możliwe dostarczenie nam tych dokumentów, to prosimy o inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy dokumentu wystawionego przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło.

ART. 9 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła:
 - a) w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej,
 - b) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków.
2. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:
 - a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego,
 - c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
 - e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
 - f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - g) w wyniku udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, stosowania metod leczenia nieznanymi naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej,
 - h) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
 - i) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

ART. 10 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH UBEZPIECZENIE NIE OBEJMUJE WIZYTY W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, oraz poza okolicznościami, które wymieniamy w artykule powyżej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym ubezpieczenie nie obejmuje także wizyty Ubezpieczonego w Placówce Medycznej, która była skutkiem:
 - a) AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - b) choroby Alzheimera,
 - c) zabiegu aborcji,
 - d) ciąży wysokiego ryzyka lub ciąży – jeśli wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym lub komplikacje potogu,
 - e) diagnozowania i leczenia niepłodności,
 - f) zabiegu zmiany płci,
 - g) leczenia protetycznego, ortodontycznego lub z zakresu chirurgii szczękowej,
 - h) leczenia, zabiegów i operacji z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki,
 - i) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz rehabilitacji, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych,
 - j) leczenia odwykowego, zabiegów i kuracji odwykowych,
 - k) pełnienia służby wojskowej.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje także wizyty Ubezpieczonego w placówce medycznej, jeśli w okresie przed podpisaniem Wniosku rozpoznano u niego lub był on leczony z powodu któregośkolwiek ze schorzeń wymienionych w tym Wniosku.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

WYKAZ USŁUG MEDYCZNYCH DO UMOWY DODATKOWEJ PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (WUM/TZ/4/2024)

Usługi medyczne są realizowane w przychodniach LUX MED i Medycyny Rodzinnej oraz we wskazanych przychodniach placówek współpracujących.

Aktualna lista placówek medycznych znajduje się na naszej stronie: www.allianz.pl. Informację o placówkach medycznych można również uzyskać na naszej infolinii (pod numerem tel. 224 224 224).

Na wizytę u lekarza, badania, zabiegi i inne usługi medyczne można umawiać się, dzwoniąc pod numer telefonu 22 33 22 888.

W celu skorzystania z Koordynacji Opieki Szpitalnej należy dzwonić pod numer telefonu 22 434 00 24

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
I. PORADY LEKARZY SPECJALISTÓW		
Usługa obejmuje nielimitowane porady we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED w sytuacjach chorobowych oraz pomoc w nagłych zachorowaniach. Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Porady specjalistyczne nie obejmują konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora ani lekarzy na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.		
A. DLA DOROSŁYCH		
1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda	1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda 8. Alergolog 9. Chirurg ogólny 10. Diabetolog 11. Endokrynolog 12. Gastroenterolog 13. Hematolog 14. Nefrolog 15. Neurolog 16. Onkolog 17. Proktolog 18. Pulmonolog 19. Reumatolog 20. Urolog	1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda 8. Alergolog 9. Chirurg ogólny 10. Diabetolog 11. Endokrynolog 12. Gastroenterolog 13. Hematolog 14. Nefrolog 15. Neurolog 16. Onkolog 17. Proktolog 18. Pulmonolog 19. Reumatolog 20. Urolog 21. Ginekolog-endokrynolog
Specjaliści dla dorosłych, do których jest wymagane skierowanie		
		22. Anestezjolog 23. Chirurg naczyniowy 24. Chirurg onkolog 25. Hepatolog 26. Immunolog 27. Neurochirurg 28. Specjalista chorób zakaźnych 29. Specjalista rehabilitacji medycznej
B. DLA DZIECI		
8. Pediatria/specjalista medycyny rodzinnej 9. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 10. Okulista dla dzieci 11. Ortopeda dla dzieci	21. Pediatria/specjalista medycyny rodzinnej 22. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 23. Okulista dla dzieci 24. Ortopeda dla dzieci 25. Chirurg dla dzieci 26. Laryngolog dla dzieci 27. Neurolog dla dzieci	30. Pediatria/specjalista medycyny rodzinnej 31. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 32. Okulista dla dzieci 33. Ortopeda dla dzieci 34. Chirurg dla dzieci 35. Laryngolog dla dzieci 36. Neurolog dla dzieci

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
Specjaliści dla dzieci, do których jest wymagane skierowanie		
12. Dermatolog dla dzieci 13. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.)	28. Dermatolog dla dzieci 29. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.) 30. Gastroenterolog dla dzieci 31. Kardiolog dla dzieci 32. Nefrolog dla dzieci 33. Urolog dla dzieci	37. Dermatolog dla dzieci 38. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.) 39. Gastroenterolog dla dzieci 40. Kardiolog dla dzieci 41. Nefrolog dla dzieci 42. Urolog dla dzieci 43. Alergolog dla dzieci 44. Endokrynolog dla dzieci 45. Hematolog dla dzieci 46. Onkolog dla dzieci 47. Pulmonolog dla dzieci 48. Reumatolog dla dzieci 49. Specjalista rehabilitacji medycznej dla dzieci

II. PORADY W TRYBIE DYŻUROWYM

Usługa obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, zaostrzeniu choroby przewlekłej, które wystąpiły w ciągu 24 h od momentu przyjęcia zgłoszenia konsultacji. Lekarze dyżurni są dostępni w godzinach pracy wskazanych przychodni własnych Grupy LUX MED, wyłącznie w dniu jej zgłoszenia. Usługa nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).

Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej.

1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej	1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej 2. Chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.)	1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej 2. Chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.) 3. Ortopeda (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.)
--	---	--

III. ZABIEGI AMBULATORYJNE

Usługi obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi, w tym: diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych zależy od zakresu konsultacji lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach posiadanego zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w wyznaczonej przychodni. Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów, od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

A. ZABIEGI AMBULATORYJNE PIELĘGNIARSKIE

1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty	1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty	1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) 7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Złożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty
---	---	---

B. ZABIEGI AMBULATORYJNE OGÓLNOLEKARSKIE

11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
---	---	---

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
C. ZABIEGI AMBULATORYJNE CHIRURGICZNE		
	14. Szycie rany do 1,5 cm 15. Usunięcie kleszcza – chirurgiczne 16. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne 17. Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia 18. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 19. Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (za wyjątkiem zdejmowania szwów po porodzie) 20. Z założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty (niewymagający opracowania chirurgicznego)	14. Szycie rany do 1,5 cm 15. Usunięcie kleszcza – chirurgiczne 16. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne 17. Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia 18. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 19. Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (za wyjątkiem zdejmowania szwów po porodzie) 20. Z założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek maty (niewymagający opracowania chirurgicznego) 21. Szycie rany do 3 cm (w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy) 22. Usunięcie czyraka/drobnego ropnia powłok skórnych (do 2 cm) 23. Wycięcie chirurgiczne metodą klasyczną zmiany skórnej do 1,5 cm ze wskazań medycznych (nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych) wraz ze standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z usuniętej zmiany skórnej 24. Zmiana/złożenie – opatrunek duży
D. ZABIEGI AMBULATORYJNE LARYNGOLOGICZNE		
14. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 15. Katetyzacja trąbki słuchowej 16. Płukanie ucha 17. Usunięcie ciała obcego z nosa 18. Usunięcie ciała obcego z ucha 19. Proste opatrunki laryngologiczne 20. Koagulacja naczyń przegrody nosa 21. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 22. Usunięcie tamponady nosa 23. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 24. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 25. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 26. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 27. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 28. Z założenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym	21. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 22. Katetyzacja trąbki słuchowej 23. Płukanie ucha 24. Usunięcie ciała obcego z nosa 25. Usunięcie ciała obcego z ucha 26. Proste opatrunki laryngologiczne 27. Koagulacja naczyń przegrody nosa 28. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 29. Usunięcie tamponady nosa 30. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 31. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 32. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 33. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 34. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 35. Z założenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym 36. Usunięcie ciała obcego z gardła (wyłącznie w przypadkach możliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych)	25. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 26. Katetyzacja trąbki słuchowej 27. Płukanie ucha 28. Usunięcie ciała obcego z nosa 29. Usunięcie ciała obcego z ucha 30. Proste opatrunki laryngologiczne 31. Koagulacja naczyń przegrody nosa 32. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 33. Usunięcie tamponady nosa 34. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 35. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 36. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 37. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 38. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 39. Z założenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym 40. Usunięcie ciała obcego z gardła (wyłącznie w przypadkach możliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych) 41. Punkcja zatok 42. Wlewka krtaniowa 43. Płukanie zatok metodą Pretza 44. Nastawienie nosa zamknięte 45. Podcięcie wędzidełka języka w jamie ustnej 46. Nacięcie krwiałków przegrody nosa 47. Nacięcie krwiałków małżowiny usznej
E. ZABIEGI AMBULATORYJNE OKULISTYCZNE		
29. Usunięcie ciała obcego z oka 30. Standardowe badanie dna oka 31. Dobór szkielek korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 32. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 33. Badanie ostrości widzenia 34. Standardowe badanie autorefraktometrem 35. Podanie leku do worka spojówkowego 36. Standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego 37. Standardowe badanie widzenia przestrzennego 38. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.)	37. Usunięcie ciała obcego z oka 38. Standardowe badanie dna oka 39. Dobór szkielek korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 40. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 41. Badanie ostrości widzenia 42. Standardowe badanie autorefraktometrem 43. Podanie leku do worka spojówkowego 44. Standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego 45. Standardowe badanie widzenia przestrzennego 46. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.)	48. Usunięcie ciała obcego z oka 49. Standardowe badanie dna oka 50. Dobór szkielek korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 51. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 52. Badanie ostrości widzenia 53. Standardowe badanie autorefraktometrem 54. Podanie leku do worka spojówkowego 55. Standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego 56. Standardowe badanie widzenia przestrzennego 57. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.)

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
F. ZABIEGI AMBULATORYJNE ORTOPEDYCZNE		
39. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 40. Przygotowanie gipsu tradycyjnego – opaska 41. Zażożenie gipsu 42. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 43. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 44. Zażożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 45. Nastawienie zwichnięcia lub złamania	47. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 48. Przygotowanie gipsu tradycyjnego – opaska 49. Zażożenie gipsu 50. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 51. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 52. Zażożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 53. Nastawienie zwichnięcia lub złamania	58. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 59. Przygotowanie gipsu tradycyjnego – opaska 60. Zażożenie gipsu 61. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 62. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 63. Zażożenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 64. Nastawienie zwichnięcia lub złamania 65. Punkcja dostawowa – pobranie materiału do badań 66. Wykonanie iniekcji dostawowej i okotostawowej 67. Blokada dostawowa i okotostawowa 68. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – duże stawy 69. Unieruchomienie typu Dessault mały/duży 70. Zażożenie gipsu tradycyjnego typu gorset
G. ZABIEGI AMBULATORYJNE DERMATOLOGICZNE (Zabieg standardowy – zabieg powszechnie dostępny i powszechnie stosowany na terenie Polski)		
46. Standardowa dermatoskopia	54. Standardowa dermatoskopia	71. Standardowa dermatoskopia 72. Zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry 73. Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii, 1 do 6 zmian 74. Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii, 1 do 6 zmian 75. Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii, od 7 zmian 76. Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii, od 7 zmian
H. ZABIEGI AMBULATORYJNE GINEKOLOGICZNE (Zabieg standardowy – zabieg powszechnie dostępny i powszechnie stosowany na terenie Polski)		
47. Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy	55. Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy	77. Pobranie standardowej cytologii z szyjki macicy 78. Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej 79. Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej 80. Zabiegi w obrębie szyjki macicy i sromu metodą kriokoagulacji
I. ZABIEGI AMBULATORYJNE ALERGOLOGICZNE		
	56. Odczulanie (lek pacjenta) wraz z konsultacją alergologa	81. Odczulanie (lek pacjenta) wraz z konsultacją alergologa
J. BIOPSJE WRAZ ZE STANDARDOWYM BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM – MATERIAŁ Z BIOPSI CIENKOIGŁOWEJ		
		82. Biopsja cienkoigłowa skóry/tkanki podskórnej 83. Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych 84. Biopsja cienkoigłowa tarczycy 85. Biopsja cienkoigłowa sutka
K. BIOPSJE WRAZ ZE STANDARDOWYM BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM – MATERIAŁ Z BIOPSI GRUBOIGŁOWEJ		
		86. Biopsja gruboigłowa prostaty pod kontrolą USG
L. ZNIECZULENIA		
48. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne	57. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne	87. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne 88. Znieczulenie miejscowe (powierzchnowe) do endoskopii
Ł. INNE ZABIEGI		
		89. Zażożenie cewnika Foleya 90. Usunięcie cewnika Foleya 91. Wykonanie enemy

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
IV. BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
<p>Usługa obejmuje wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy wskazanych przychodni własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodni współpracujących z Grupą LUX MED, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. przychodniach.</p> <p>W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w Umowie Dodatkowej. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu nie będą objęte zakresem ubezpieczenia. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni. O ile nie zaznaczono inaczej, usługa nie obejmuje testów paskowych, a diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).</p>		
A. DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA		
a) Badania moczu		
1. Mocz – badanie ogólne	1. Mocz – badanie ogólne 2. Białko w moczu 3. Białko całkowite/DZM (dobowa zbiórka moczu) 4. Glukoza/DZM (dobowa zbiórka moczu) 5. Fosfor w moczu 6. Fosfor w moczu/DZM 7. Kreatynina w moczu 8. Kreatynina w moczu/DZM 9. Kwas moczowy w moczu 10. Kwas moczowy w moczu/DZM 11. Magnez/Mg w moczu 12. Magnez/Mg w moczu DZM 13. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN w moczu 14. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN/w moczu DZM 15. Sód/Na w moczu 16. Sód/Na w moczu/DZM 17. Wapń w moczu 18. Wapń w moczu/DZM 19. Potas/K w moczu 20. Potas/K w moczu/DZM 21. Ołów/Pb w moczu	1. Mocz – badanie ogólne 2. Białko w moczu 3. Białko całkowite/DZM (dobowa zbiórka moczu) 4. Glukoza/DZM (dobowa zbiórka moczu) 5. Fosfor w moczu 6. Fosfor w moczu/DZM 7. Kreatynina w moczu 8. Kreatynina w moczu/DZM 9. Kwas moczowy w moczu 10. Kwas moczowy w moczu/DZM 11. Magnez/Mg w moczu 12. Magnez/Mg w moczu DZM 13. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN w moczu 14. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN/w moczu DZM 15. Sód/Na w moczu 16. Sód/Na w moczu/DZM 17. Wapń w moczu 18. Wapń w moczu/DZM 19. Potas/K w moczu 20. Potas/K w moczu/DZM 21. Ołów/Pb w moczu 22. Kwas wanilinomigdatowy (VAM) w moczu 23. Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) 24. Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM 25. Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM 26. Metoksykatecholaminy w DZM 27. Kortyzol w DZM 28. Amylaza w moczu
b) Badania krwi wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
1) Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
2. OB/ESR 3. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 4. Rozmaz ręczny krwi 5. INR/Czas protrombinowy 6. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy)	22. OB/ESR 23. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 24. Rozmaz ręczny krwi 25. INR/Czas protrombinowy 26. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy) 27. Czas trombinowy – TT 28. Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi 29. Fibrynogen	29. OB/ESR 30. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 31. Rozmaz ręczny krwi 32. INR/Czas protrombinowy 33. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy) 34. Czas trombinowy – TT 35. Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi 36. Fibrynogen 37. Płytki krwi manualnie 38. D – Dimery
2) Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
7. Glukoza na czczo 8. Glukoza 60' po jedzeniu 9. Glukoza 120' po jedzeniu 10. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 11. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 13. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 14. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 15. Cholesterol całkowity 16. Kreatynina 17. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 18. Transaminaza GOT/AST 19. Transaminaza GPT/ALT 20. Bilirubina całkowita 21. Potas/K 22. Sód/Na 23. Chlorki/Cl	30. Glukoza na czczo 31. Glukoza 60' po jedzeniu 32. Glukoza 120' po jedzeniu 33. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 34. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 35. Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h) 36. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 37. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 38. Cholesterol całkowity 39. Kreatynina 40. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 41. Transaminaza GOT/AST 42. Transaminaza GPT/ALT 43. Bilirubina całkowita 44. Potas/K 45. Sód/Na	39. Glukoza na czczo 40. Glukoza 60' po jedzeniu 41. Glukoza 120' po jedzeniu 42. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 43. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 44. Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h) 45. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 46. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 47. Cholesterol całkowity 48. Kreatynina 49. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 50. Transaminaza GOT/AST 51. Transaminaza GPT/ALT 52. Bilirubina całkowita 53. Potas/K 54. Sód/Na

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
24. Żelazo/Fe	46. Chlorki/Cl	55. Chlorki/Cl
25. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	47. Żelazo/Fe	56. Żelazo/Fe
26. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	48. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	57. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
27. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	49. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	58. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
28. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	50. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	59. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
29. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	51. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	60. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
30. TSH/hTSH	52. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)	61. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
31. PSA całkowite	53. TSH/hTSH	62. TSH/hTSH
	54. PSA całkowite	63. PSA całkowite
	55. Całkowita zdolność wiązania żelaza/TIBC – zastępuje saturację Fe	64. Całkowita zdolność wiązania żelaza/TIBC – zastępuje saturację Fe
	56. Ferrytyna	65. Ferrytyna
	57. Ceruloplazmina	66. Ceruloplazmina
	58. Transferyna	67. Transferyna
	59. Kwas foliowy	68. Kwas foliowy
	60. Witamina B12	69. Witamina B12
	61. HDL cholesterol	70. HDL cholesterol
	62. LDL cholesterol	71. LDL cholesterol
	63. LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio	72. LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio
	64. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)	73. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
	65. Trójglicerydy	74. Trójglicerydy
	66. Bilirubina bezpośrednia	75. Bilirubina bezpośrednia
	67. Białko całkowite	76. Białko całkowite
	68. Białko PAPP-α	77. Białko PAPP-α
	69. Proteinogram	78. Proteinogram
	70. Albuminy	79. Albuminy
	71. Kwas moczowy	80. Kwas moczowy
	72. CPR (białko C reaktywne) ilościowo	81. CPR (białko C reaktywne) ilościowo
	73. Amylaza	82. Amylaza
	74. CK (kinaza kreatynowa)	83. CK (kinaza kreatynowa)
	75. Fosfataza zasadowa	84. Fosfataza zasadowa
	76. Fosfataza kwaśna	85. Fosfataza kwaśna
	77. GGTP	86. GGTP
	78. Lipaza	87. Lipaza
	79. LDH – dehydrogenaza mleczanowa	88. LDH – dehydrogenaza mleczanowa
	80. Magnez/Mg	89. Magnez/Mg
	81. Wapń/Ca	90. Wapń/Ca
	82. Fosfor/P	91. Fosfor/P
	83. Miedź	92. Miedź
	84. Tyreoglobulina	93. Tyreoglobulina
	85. Apolipoproteina A1	94. Apolipoproteina A1
	86. T3 wolne	95. T3 wolne
	87. T4 wolne	96. T4 wolne
	88. PSA – wolna frakcja	97. PSA – wolna frakcja
	89. Total Beta – hCG	98. Total Beta – hCG
	90. AFP – alfa-fetoproteina	99. AFP – alfa-fetoproteina
	91. CEA – antygen carcinoembrionalny	100. CEA – antygen carcinoembrionalny
	92. Immunoglobulin IgA	101. Immunoglobulin IgA
	93. Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)	102. Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
	94. Immunoglobulin IgG	103. Immunoglobulin IgG
	95. Immunoglobulin IgM	104. Immunoglobulin IgM
		105. FSH
		106. LH
		107. Progesteron
		108. Testosteron
		109. Testosteron wolny
		110. Prolaktyna
		111. Prolaktyna 30' po obciążeniu MCP 1 tabl.
		112. Prolaktyna 60' po obciążeniu MCP 1 tabl.
		113. Prolaktyna 120' po obciążeniu MCP 1 tabl.
		114. Kortyzol po południu
		115. Kortyzol rano
		116. Estradiol
		117. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH)
		118. AFP – alfa-fetoproteina
		119. CA 125
		120. CA 15.3 – antygen raka sutki
		121. CA 19.9 – antygen raka przewodu pokarmowego
		122. HbA1c – hemoglobina glikowana

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
3) Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
32. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 33. HBs Ag/antygen	96. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 97. HBs Ag/antygen 98. HBs Ab/przeciwciała 99. ASO ilościowo 100. ASO jakościowo 101. RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo 102. Odczyn Waaler-Rose 103. Grupa krwi ABO, Rh, p/ciała przegldowe 104. P/ciała odpornościowe przegldowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 105. Test BTA 106. CMV IgG 107. CMV IgM 108. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 109. EBV /Mononukleoz – lateks 110. EBV /Mononukleoz IgG 111. EBV /Mononukleoz IgM 112. Toksoplazmoza IgG 113. Toksoplazmoza IgM	123. Serologia kity podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 124. HBs Ag/antygen 125. HBs Ab/przeciwciała 126. ASO ilościowo 127. ASO jakościowo 128. RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo 129. Odczyn Waaler-Rose 130. Grupa krwi ABO, Rh, p/ciała przegldowe 131. P/ciała odpornościowe przegldowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 132. Test BTA 133. CMV IgG 134. CMV IgM 135. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 136. EBV /Mononukleoz – lateks 137. EBV /Mononukleoz IgG 138. EBV /Mononukleoz IgM 139. Toksoplazmoza IgG 140. Toksoplazmoza IgM 141. Przeciwciała a-mikrosomalne/Anty TPO 142. Przeciwciała a-tyreoglobulinowe/Anty TG 143. HCV Ab/przeciwciała 144. Helicobacter Pylori IgG ilościowo 145. Różyczka IgG 146. Różyczka IgM 147. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgA 148. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgG 149. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgM 150. HBc Ab IgM 151. HBc Ab total 152. Borelioza IgG 153. Borelioza IgM 154. Latex RF (RF jakościowo) 155. Przeciwciała p/jądrowe i p/cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy metodą IIF
4) Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
34. Cholesterol – badanie paskowe 35. Glukoza – badanie glukometrem 36. Troponina – badanie paskowe	114. Cholesterol – badanie paskowe 115. Glukoza – badanie glukometrem 116. Troponina – badanie paskowe 117. CRP – test paskowy	156. Cholesterol – badanie paskowe 157. Glukoza – badanie glukometrem 158. Troponina – badanie paskowe 159. CRP – test paskowy
c) Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej) i inne		
37. Posiew moczu 38. Kał posiew ogólny 39. Antybiogram do posiewu (mocz, kał)	118. Posiew moczu 119. Kał posiew ogólny 120. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 121. Kał posiew w kierunku SS 122. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 123. Antybiogram do posiewu z wymazu z gardła, oka, nosa i płwociny 124. Wymaz z gardła – posiew tlenowy 125. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 126. Wymaz z migdałka 127. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 128. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 129. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 130. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 131. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 132. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 133. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 134. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 135. Wymaz z kanału szyjki macicy 136. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 137. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 138. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS)	160. Posiew moczu 161. Posiew kału 162. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 163. Kał posiew w kierunku SS 164. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 165. Antybiogram do posiewu z wymazu z gardła, oka, nosa i płwociny 166. Wymaz z gardła – posiew tlenowy 167. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 168. Wymaz z migdałka 169. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 170. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 171. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 172. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 173. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 174. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 175. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 176. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 177. Wymaz z kanału szyjki macicy 178. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 179. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 180. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS) 181. Wymaz z ucha – posiew beztlenowy 182. Wymaz z ucha – posiew tlenowy 183. Wymaz z nosa 184. Wymaz z nosa – posiew tlenowy 185. Wymaz z oka – posiew tlenowy 186. Wymaz z rany 187. Wymaz z rany – posiew beztlenowy 188. Wymaz z cewki moczowej 189. Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy 190. Posiew płwociny 191. Posiew nasienia tlenowy 192. Kał posiew w kierunku E. Coli patogenne u dzieci do lat 2 193. Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
d) Badania kału		
40. Kał badanie ogólne	139. Kał badanie ogólne 140. Krew utajona w kale/F.O.B. 141. Kał na pasożyty 1 próba	194. Kał badanie ogólne 195. Krew utajona w kale/F.O.B. 196. Kał na pasożyty 1 próba 197. Kał na rota- i adenowirusy 198. Kał – lamblie (metoda antygenowa)
e) Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania (Zabieg standardowy – zabieg powszechnie dostępny i powszechnie stosowany na terenie Polski)		
41. Standardowa cytologia szyjki macicy	142. Standardowa cytologia szyjki macicy 143. Standardowe cytologiczne badanie błony śluzowej nosa	199. Standardowa cytologia szyjki macicy 200. Standardowe cytologiczne badanie błony śluzowej nosa
f) Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej)		
	144. Kał posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 145. Posiew moczu w kierunku grzybów drożdżopodobnych 146. Wymaz z gardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 147. Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 148. Wymaz z migdałka posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 149. Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 150. Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 151. Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych	201. Kał posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 202. Posiew moczu w kierunku grzybów drożdżopodobnych 203. Wymaz z gardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 204. Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 205. Wymaz z migdałka posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 206. Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 207. Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 208. Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 209. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, paznokciec nogi 210. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, paznokciec ręki 211. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, włosy 212. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, wymaz ze skóry 213. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, zeszkrobiny skórne 214. Posiew płwociny w kierunku grzybów drożdżopodobnych 215. Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdżopodobnych 216. Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych, wydzielina 217. Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych – wymaz 218. Wymaz z cewki moczowej – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 219. Wymaz z nosa – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 220. Wymaz z oka – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 221. Wymaz z rany – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 222. Wymaz z ucha – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 223. Mykogram
g) Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania)		
		224. Digoksyna 225. Otów
B. DIAGNOSTYKA OBRAZOWA		
a) Badania ultrasonograficzne		
42. USG jamy brzusznej	152. USG jamy brzusznej 153. USG układu moczowego 154. USG ślinianek 155. USG tarczycy 156. USG piersi 157. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 158. USG ginekologiczne transwaginalne 159. USG ciąży 160. USG przezciemiączkowe 161. USG stawu kolanowego 162. USG stawu łokciowego 163. USG prostaty przez powłoki brzuszne	226. USG jamy brzusznej 227. USG układu moczowego 228. USG ślinianek 229. USG tarczycy 230. USG piersi 231. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 232. USG ginekologiczne transwaginalne 233. USG ciąży 234. USG przezciemiączkowe 235. USG stawu kolanowego 236. USG stawu łokciowego 237. USG prostaty przez powłoki brzuszne

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
		238. USG transrektalne prostaty
		239. USG narządów mocznych (jąder)
		240. USG stawów biodrowych
		241. USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 r.ż.)
		242. USG stawu barkowego
		243. USG stawu skokowego
		244. Echokardiografia – USG serca
		245. USG + Doppler tętnic kończyn górnych
		246. USG + Doppler tętnic kończyn dolnych
		247. USG + Doppler tętnic szyjnych i kręgowych
		248. USG + Doppler tętnic wewnątrzczaszkowych
		249. USG + Doppler tętnic nerkowych
		250. USG + Doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych
		251. USG + Doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego)
		252. USG + Doppler żył kończyn górnych
		253. USG + Doppler żył kończyn dolnych
		254. USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki itd.)
		255. USG krwiaka pourazowego mięśni
		256. USG węzłów chłonnych
		257. USG nadgarstka
		258. USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów
		259. USG stawów śródreżca i palców
		260. USG ścięgna Achillesa
		261. USG układu moczowego + TRUS
b) Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni)		
43. RTG zatok przynosowych	164. RTG zatok przynosowych	262. RTG zatok przynosowych
44. RTG czaszki PA + bok	165. RTG czaszki PA + bok	263. RTG czaszki PA + bok
45. RTG czaszki oczodoły	166. RTG czaszki oczodoły	264. RTG czaszki oczodoły
46. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje)	167. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje)	265. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje)
47. RTG klatki piersiowej	168. RTG klatki piersiowej	266. RTG klatki piersiowej
48. RTG klatki piersiowej + bok	169. RTG klatki piersiowej + bok	267. RTG klatki piersiowej + bok
49. RTG klatki piersiowej bok z barytem	170. RTG klatki piersiowej bok z barytem	268. RTG klatki piersiowej bok z barytem
50. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem	171. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem	269. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
51. RTG jamy brzusznej na stojąco	172. RTG jamy brzusznej na leżąco	270. RTG jamy brzusznej na leżąco
52. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy	173. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy	271. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy
53. RTG kości krzyżowej i guzicznej	174. RTG kości krzyżowej i guzicznej	272. RTG kości krzyżowej i guzicznej
54. RTG podudzia (goleni) AP + bok	175. RTG podudzia (goleni) AP + bok	273. RTG podudzia (goleni) AP + bok
55. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu	176. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu	274. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu
56. RTG uda + podudzia	177. RTG uda + podudzia	275. RTG uda + podudzia
57. RTG kości udowej AP + bok lewej	178. RTG kości udowej AP + bok lewej	276. RTG kości udowej AP + bok lewej
58. RTG kości udowej AP + bok prawej	179. RTG kości udowej AP + bok prawej	277. RTG kości udowej AP + bok prawej
59. RTG barku/ramienia – osiowe	180. RTG barku/ramienia – osiowe	278. RTG barku/ramienia – osiowe
60. RTG barku/ramienia – osiowe obu	181. RTG barku/ramienia – osiowe obu	279. RTG barku/ramienia – osiowe obu
61. RTG barku/ramienia AP + bok	182. RTG barku/ramienia AP + bok	280. RTG barku/ramienia AP + bok
62. RTG barku/ramienia AP + bok obu	183. RTG barku/ramienia AP + bok obu	281. RTG barku/ramienia AP + bok obu
– zdjęcie porównawcze	– zdjęcie porównawcze	– zdjęcie porównawcze
63. RTG barku/ramienia AP	184. RTG barku/ramienia AP	282. RTG barku/ramienia AP
64. RTG barku/ramienia AP obu	185. RTG barku/ramienia AP obu	283. RTG barku/ramienia AP obu
– zdjęcie porównawcze	– zdjęcie porównawcze	– zdjęcie porównawcze
65. RTG przedramienia AP + bok	186. RTG przedramienia AP + bok	284. RTG przedramienia AP + bok
66. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok	187. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok	285. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok
67. RTG łokcia/przedramienia AP + bok	188. RTG łokcia/przedramienia AP + bok	286. RTG łokcia/przedramienia AP + bok
68. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok	189. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok	287. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok
69. RTG ręki bok	190. RTG ręki bok	288. RTG ręki bok
70. RTG ręki PA	191. RTG ręki PA	289. RTG ręki PA
71. RTG ręki PA obu	192. RTG ręki PA obu	290. RTG ręki PA obu
72. RTG palec/palce PA + bok/skos	193. RTG palec/palce PA + bok/skos	291. RTG palec/palce PA + bok/skos
73. RTG palec/palce PA + bok/skos obu rąk	194. RTG palec/palce PA + bok/skos obu rąk	292. RTG palec/palce PA + bok/skos obu rąk
74. RTG kości łódeczkowatej	195. RTG kości łódeczkowatej	293. RTG kości łódeczkowatej
75. RTG stopy AP + bok/skos	196. RTG stopy AP + bok/skos	294. RTG stopy AP + bok/skos
76. RTG stopy AP + bok/skos obu	197. RTG stopy AP + bok/skos obu	295. RTG stopy AP + bok/skos obu
77. RTG stóp AP (porównawczo)	198. RTG stóp AP (porównawczo)	296. RTG stóp AP (porównawczo)
78. RTG kości śródstopia	199. RTG kości śródstopia	297. RTG kości śródstopia
79. RTG pięty + osiowe	200. RTG pięty + osiowe	298. RTG pięty + osiowe
80. RTG pięty boczne	201. RTG pięty boczne	299. RTG pięty boczne
81. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos	202. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – skosy	300. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – skosy
82. RTG miednicy i stawów biodrowych	203. RTG miednicy i stawów biodrowych AP	301. RTG miednicy i stawów biodrowych AP
83. RTG mostka AP	204. RTG mostka AP	302. RTG mostka AP
84. RTG mostka/boczne klatki piersiowej	205. RTG mostka/boczne klatki piersiowej	303. RTG mostka/boczne klatki piersiowej
85. RTG żeber	206. RTG żeber	304. RTG żeber
86. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach	207. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach	305. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
87. RTG nadgarstka boczne	208. RTG nadgarstka boczne	306. RTG nadgarstka boczne
88. RTG nadgarstka boczne – obu	209. RTG nadgarstka boczne – obu	307. RTG nadgarstka boczne – obu
89. RTG nadgarstka PA + bok	210. RTG nadgarstka PA + bok	308. RTG nadgarstka PA + bok
90. RTG nadgarstka PA + bok obu	211. RTG nadgarstka PA + bok obu	309. RTG nadgarstka PA + bok obu
91. RTG ręki PA + skos	212. RTG ręki PA + skos	310. RTG ręki PA + skos
92. RTG ręki PA + skos obu	213. RTG ręki PA + skos obu	311. RTG ręki PA + skos obu
93. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego		312. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
94. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego	214. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego	313. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego
95. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos	215. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego	314. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos
96. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu	216. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos	315. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu
97. RTG rzepki osiowej obu	217. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu	316. RTG rzepki osiowej obu
98. RTG rzepki osiowej obu w 2 ustawieniach	218. RTG rzepki osiowej obu	317. RTG rzepki osiowej obu w 2 ustawieniach
99. RTG rzepki osiowej obu w 3 ustawieniach	219. RTG rzepki osiowej obu w 2 ustawieniach	318. RTG rzepki osiowej obu w 3 ustawieniach
100. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA	220. RTG rzepki osiowej obu w 3 ustawieniach	319. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA
101. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy	221. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA	320. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy
102. RTG stawu biodrowego AP	222. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy	321. RTG stawu biodrowego AP
103. RTG stawu biodrowego AP obu	223. RTG stawu biodrowego AP	322. RTG stawu biodrowego AP obu
104. RTG stawu biodrowego osiowej	224. RTG stawu biodrowego AP obu	323. RTG stawu biodrowego osiowej
105. RTG stawu kolanowego AP + bok	225. RTG stawu biodrowego osiowej	324. RTG stawu kolanowego AP + bok
106. RTG stawu kolanowego AP + bok obu	226. RTG stawu kolanowego AP + bok	325. RTG stawu kolanowego AP + bok obu
107. RTG stawu kolanowego boczne	227. RTG stawu kolanowego AP + bok obu	326. RTG stawu kolanowego boczne
108. RTG stawu łokciowego	228. RTG stawu kolanowego boczne	327. RTG stawu łokciowego
109. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok	229. RTG stawu łokciowego	328. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok
110. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu	230. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok	329. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu
111. RTG barku (przez klatkę)	231. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu	330. RTG barku (przez klatkę)
112. RTG barku AP + osiowej	232. RTG barku (przez klatkę)	331. RTG barku AP + osiowej
	233. RTG barku AP + osiowej	332. RTG czaszki PA + bok + podstawa
	234. RTG czaszki PA + bok + podstawa	333. RTG czaszki podstawa
	235. RTG czaszki podstawa	334. RTG czaszki półosiowej wg Orleya
	236. RTG czaszki półosiowej wg Orleya	335. RTG czaszki siodło tureckie
	237. RTG czaszki siodło tureckie	336. RTG czaszki styczne
	238. RTG czaszki styczne	337. RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych
	239. RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych	338. RTG twarzoczaszki
	240. RTG twarzoczaszki	339. RTG jamy brzusznej inne
	241. RTG jamy brzusznej inne	340. RTG jamy brzusznej na stojąco
	242. RTG jamy brzusznej na stojąco	341. RTG klatki piersiowej inne
	243. RTG klatki piersiowej inne	342. RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
	244. RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy	343. RTG nosa boczne
	245. RTG nosa boczne	344. RTG kości skroniowych transorbitalne
	246. RTG kości skroniowych transorbitalne	345. RTG kości skroniowych wg Schullera/ Steversa
	247. RTG kości skroniowych wg Schullera/ Steversa	346. RTG piramid kości skroniowej transorbitalne
	248. RTG piramid kości skroniowej transorbitalne	347. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos
	249. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos	348. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
	250. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok	349. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
	251. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos	350. RTG kręgosłupa lędźwiowego – bok
	252. RTG kręgosłupa lędźwiowego – bok	351. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok
	253. RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok	352. RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
	254. RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego	353. RTG kręgosłupa piersiowego
	255. RTG kręgosłupa piersiowego	354. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok
	256. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok	355. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
	257. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos	356. RTG kręgosłupa piersiowego – bok
	258. RTG kręgosłupa piersiowego – bok	357. RTG kręgosłupa piersiowego – skosy
	259. RTG kręgosłupa piersiowego – skosy	358. RTG kręgosłupa szyjnego
	260. RTG kręgosłupa szyjnego	359. RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok
	261. RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok	360. RTG kręgosłupa szyjnego – bok
	262. RTG kręgosłupa szyjnego – bok	361. RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
	263. RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)	362. RTG kręgosłupa szyjnego – skosy
	264. RTG kręgosłupa szyjnego – skosy	363. RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego
	265. RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego	364. RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego
	266. RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	365. RTG kręgosłupa w pozycji stojącej
	267. RTG kręgosłupa w pozycji stojącej	366. RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
	268. RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)	367. RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
	269. RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)	368. RTG topatki
	270. RTG topatki	369. RTG żuchwy
	271. RTG żuchwy	370. RTG nosogardła
	272. RTG nosogardła	371. RTG obojczyka
	273. RTG obojczyka	372. Mammografia
	274. Mammografia	373. Mammografia – zdjęcie celowane
	275. Mammografia – zdjęcie celowane	374. RTG klatki piersiowej – RTG tomograf
		375. RTG czynnościowe stawów skroniowo-żuchwowych
		376. Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
		377. Densytometria kręgosłupa lędźwiowego (ocena kości bełczkowej) – screening
		378. Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening
		379. Densytometria szyjka kości udowej – advanced hip assessment (AHA)
		380. Densytometria obie szyjki kości udowej – advanced hip assessment (AHA)
		381. Densytometria kręgosłupa lędźwiowego + szyjka kości udowej (AHA)
		382. Densytometria kręgosłupa lędźwiowego + 2 szyjki kości udowej (AHA)

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
c) Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi (Standardowe środki kontrastowe – środki powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski)		
	276. TK – Tomografia komputerowa głowy	383. TK – Tomografia komputerowa głowy 384. TK – Tomografia komputerowa głowy (2 fazy) 385. TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki 386. TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej 387. TK – Tomografia komputerowa oczodołów 388. TK – Tomografia komputerowa zatok 389. TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych 390. TK – Tomografia komputerowa szyi 391. TK – Tomografia komputerowa krtani 392. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej 393. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (2 fazy) 394. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT) 395. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej 396. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (2 fazy) 397. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (3 fazy) 398. TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej 399. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej + miednicy 400. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej + jamy brzusznej 401. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej + jamy brzusznej + miednicy mniejszej 402. TK – Tomografia komputerowa szyi + klatki piersiowej + jamy brzusznej + miednicy mniejszej 403. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego 404. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego 405. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego 406. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego 407. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego 408. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego 409. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego 410. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego 411. TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego 412. TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego 413. TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego 414. TK – Tomografia komputerowa nadgarstka 415. TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego 416. TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego 417. TK – Tomografia komputerowa stopy 418. TK – Tomografia komputerowa uda 419. TK – Tomografia komputerowa podudzia 420. TK – Tomografia komputerowa ramienia 421. TK – Tomografia komputerowa przedramienia 422. TK – Tomografia komputerowa ręki
d) Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi (Standardowe środki kontrastowe – środki powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski)		
	277. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- głowy 278. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy głowy	423. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- głowy 424. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- głowy 425. MR – rezonans magnetyczny wysokopolo- wy + angio głowy 426. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy głowy + angio 427. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy twarzoczaszki 428. MR – Rezonans magnetyczny niskopolo- wy szyi 429. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolo- wy szyi

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
		430. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy nadnerczy
		431. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej
		432. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy miednicy mniejszej
		433. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej i miednicy mniejszej
		434. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy klatki piersiowej
		435. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa lędźwiowego
		436. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa lędźwiowego
		437. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa piersiowego
		438. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa piersiowego
		439. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa szyjnego
		440. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa szyjnego
		441. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa krzyżowego
		442. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy oczodołów
		443. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy zatok
		444. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przysadki
		445. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy krtani
		446. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu barkowego
		447. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu barkowego
		448. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu łokciowego
		449. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu łokciowego
		450. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu kolanowego
		451. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu kolanowego
		452. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy nadgarstka
		453. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy nadgarstka
		454. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu skokowego
		455. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu skokowego
		456. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu biodrowego
		457. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu biodrowego
		458. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawów krzyżowo- -biodrowych
		459. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stopy
		460. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stopy
		461. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny dolnej
		462. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy podudzia
		463. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy uda
		464. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny górnej
		465. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przedramienia
		466. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ramienia
		467. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ręki
e) Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych		
	279. Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej	468. Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej
	280. Anoskopia	469. Anoskopia
	281. Gastroskopia (test ureazowy opcjonalnie)	470. Gastroskopia (test ureazowy opcjonalnie)
		471. Kolonoskopia
		472. Sigmoidoskopia
		473. Rektoskopia

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
C. DIAGNOSTYKA CZYNNOŚCIOWA (Standardowe badanie – badanie powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski)		
a) Badania elektrokardiograficzne		
113. Badanie EKG spoczynkowe	282. Badanie EKG spoczynkowe 283. EKG standardowa próba wysiłkowa	474. Badanie EKG spoczynkowe 475. EKG standardowa próba wysiłkowa 476. Złożenie Holtera EKG w gabinecie 477. Złożenie Holtera RR (ciśnienie krwi) w gabinecie
b) Inne badania czynnościowe		
114. Audiometr standardowy 115. Spirometria bez leku	284. Audiometr standardowy 285. Spirometria bez leku	478. Audiometr standardowy 479. Spirometria bez leku 480. Spirometria – próba rozkurczowa 481. Badanie uroflowmetryczne 482. EEG standardowe w czuwaniu
D. BADANIA OKULISTYCZNE		
		483. Komputerowe badanie pola widzenia 484. Badanie adaptacji do ciemności 485. Pachymetria
E. TESTY ALERGICZNE		
	286. Konsultacja alergologa 287. Testy alergiczne skórne – 1 punkt 288. Testy alergiczne skórne – panel wziewny 289. Testy alergiczne skórne – panel pokarmowy	486. Konsultacja alergologa 487. Testy alergiczne skórne – 1 punkt 488. Testy alergiczne skórne – panel wziewny 489. Testy alergiczne skórne – panel pokarmowy 490. Testy płatkowe/kontaktowe – panel podstawowy 491. Testy płatkowe/kontaktowe – panel owrzodzenia podudzi
V. PANEL BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH BEZ SKIEROWANIA		
Usługa dostępna dla Ubezpieczonych, którzy ukończyli 18 rok życia i realizowana wyłącznie we własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinną). Usługa obejmuje jednorazowe wykonanie w ciągu 12 miesięcy obowiązywania Umowy Dodatkowej, bez skierowania lekarza wymienionego panelu badań diagnostycznych.		
1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.)	1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.)	1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.)
VI. PROWADZENIE CIĄŻY		
Usługa obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez lekarza we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinną) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED, zgodnie ze standardami Grupy LUX MED i składa się z: czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu. Usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Ww. zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i zakresu ubezpieczenia, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży Ubezpieczonej, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem ubezpieczenia.		
A. BADANIA PODSTAWOWE		
1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kłty podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa cytologia szyjki macicy	1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kłty podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa cytologia szyjki macicy	1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kłty podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa cytologia szyjki macicy
B. BADANIA ROZSZERZONE		
	8. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie 9. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach 10. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 11. Estriol wolny 12. HBs Ab/przeciwciała 13. HCV Ab/przeciwciała 14. HIV I /HIV II 15. P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 16. Różyczka IgG 17. Różyczka IgM	8. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie 9. Glukoza – test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach 10. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 11. Estriol wolny 12. HBs Ab/przeciwciała 13. HCV Ab/przeciwciała 14. HIV I /HIV II 15. P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /-/-) 16. Różyczka IgG 17. Różyczka IgM

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
	18. Toksoplazmoza IgG 19. Toksoplazmoza IgM 20. Total Beta-hCG 21. Wymaz z odbytu posiew w kierunku paciorkowca hem. z gr. B (GBS) 22. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 23. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 24. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 25. USG ciąży 26. USG ciąży transwaginalne 27. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 28. USG ginekologiczne transwaginalne	18. Toksoplazmoza IgG 19. Toksoplazmoza IgM 20. Total Beta-hCG 21. Wymaz z odbytu posiew w kierunku paciorkowca hem. z gr. B (GBS) 22. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 23. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 24. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 25. USG ciąży 26. USG ciąży transwaginalne 27. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 28. USG ginekologiczne transwaginalne

VII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA – WARIANT DLA KOBIET

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć Ubezpieczonego, obejmujący zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 roku życia. Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami).

Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której Ubezpieczeni uzyskują zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Program realizowany we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Aby umówić się na realizację programu, należy zgłosić ten fakt telefonicznie, dzwoniąc pod numer Call Center Grupy LUX MED 22 33 22 880.

A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja ginekologiczna 3. Konsultacja okulistyczna	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja ginekologiczna 3. Konsultacja okulistyczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową
--	---

B. BADANIA LABORATORYJNE

4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. Glukoza na czczo 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwciała	6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. Glukoza na czczo 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwciała 14. Transaminaza GPT/ALT 15. Transaminaza GOT/AST 16. Kreatynina 17. Kwas moczowy 18. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 19. T3 Wolne 20. T4 Wolne 21. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
--	--

C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE

(Badanie standardowe – badanie powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Polski)

12. Standardowa cytologia szyjki macicy 13. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne 14. Mammografia po 40 r.ż. 15. RTG klatki piersiowej PA 16. Badanie EKG – spoczynkowe 17. USG piersi – kobiety do 40 r.ż. 18. USG jamy brzusznej	22. Standardowa cytologia szyjki macicy 23. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne 24. Mammografia po 40 r.ż. 25. RTG klatki piersiowej PA 26. Badanie EKG – spoczynkowe 27. USG piersi – kobiety do 40 r.ż. 28. USG jamy brzusznej 29. USG tarczycy 30. Echokardiografia – USG serca
---	---

D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD

19. Konsultacja internistyczna	31. Konsultacja internistyczna
--------------------------------	--------------------------------

VIII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA – WARIANT DLA MĘŻCZYŹN

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć Ubezpieczonego, obejmujący zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 roku życia. Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami).

Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której Ubezpieczeni uzyskują zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Program realizowany we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Aby umówić się na realizację programu, należy zgłosić ten fakt telefonicznie, dzwoniąc pod numer Call Center Grupy LUX MED 22 33 22 880.

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE		
	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową
B. BADANIA LABORATORYJNE		
	4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA) 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwiata 12. Glukoza na czczo	6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwiata 14. Glukoza na czczo 15. Transaminaza GPT/ALT 16. Transaminaza GOT/AST 17. Kreatynina 18. Kwas moczowy 19. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 20. T3 Wolne 21. T4 Wolne 22. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
	13. RTG klatki piersiowej PA 14. USG jamy brzusznej 15. Badanie EKG – spoczynkowe	23. RTG klatki piersiowej PA 24. USG jamy brzusznej 25. Badanie EKG – spoczynkowe 26. USG transrektalne prostaty 27. USG tarczycy 28. USG jąder 29. Echokardiografia – USG serca
D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD		
	16. Konsultacja internistyczna	30. Konsultacja internistyczna
IX. KONSyliUM MEDYCZNE		
<p>Usługa obejmuje zorganizowanie dla Ubezpieczonego na terenie Polski konsylium medycznego złożonego z wybitnych przedstawicieli medycyny polskiej. Usługa dostępna wyłącznie z powodu skomplikowanych przypadków medycznych, a jej celem (o ile to możliwe) będzie ustalenie dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla Ubezpieczonego. Honoraria uczestników Konsylium pokrywa Ubezpieczony z 30% rabatem.</p>		
		1. Konsylium medyczne
X. STOMATOLOGIA		
<p>Usługi są wykonywane bezpłatnie we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), stomatologiczne badania rentgenowskie wykonywane na podstawie skierowania od lekarza z ww. przychodni, wynik badania sporządzany na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni.</p>		
A. PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA WYKONYWANA WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ		
	1. Usunięcie złogów naddziąstowych/scaling	1. Usunięcie złogów naddziąstowych/scaling 2. Usuwanie osadu – piaskowanie zębów 3. Polerowanie zębów 4. Fluoryzacja zębów kontaktowa 5. Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową 6. Lakierowanie zębów
B. STOMATOLOGICZNE BADANIA RENTGENOWSKIE WYKONYWANE WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ		
	1. RTG zęba	1. RTG zęba 2. Pantomogram jamy ustnej (RTG)
C. DOSTĘP DO OGÓLNOPOLSKIEJ SIECI STOMATOLOGICZNEJ (Bezpłatny przegląd oraz rabaty na usługi stomatologiczne)		
<p>Usługa realizowana w sieci przychodni Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). W ramach usługi Ubezpieczonemu przysługuje bezpłatny dostęp do następujących usług:</p> <ul style="list-style-type: none"> – przegląd stomatologiczny – jednorazowo (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia), w zakres którego wchodzi ocena stanu uzębienia i higieny jamy ustnej, – okresowa konsultacja specjalistyczna (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia); konsultacja obejmuje wywiad, poradę specjalisty oraz plan leczenia bez zabiegów w zakresie stomatologii zachowawczej, periodontologii, protetyki stomatologicznej, ortodontcji, chirurgii stomatologicznej oraz implantologii. <p>Rabat udzielany od cennika ww. przychodni w wysokości:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) wybielanie zębów – rabat 20%, b) profilaktyka stomatologiczna, stomatologia zachowawcza, stomatologia estetyczna, endodoncja, chirurgia stomatologiczna – rabat 15%, c) protetyka, implantologia, periodontologia, ortodontcja – rabat 10%. 		

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
XI. REHABILITACJA		
20% rabat na usługi z zakresu fizjoterapii wykonywane wyłącznie we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna)		
XII. SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE I TĘŻCOWI		
Usługa obejmuje szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyną przeciwżółciową). Usługa składa się z: – konsultacji lekarskiej przed szczepieniem, – szczepionki (preparat), – wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji. Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi realizowane są w ambulatoryjnych placówkach medycznych.		
XIII. REFUNDACJA „SWOBODA LECZENIA”		
70% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy	70% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy	90% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy

Podstawowe pojęcia

Refundacja „Swoboda leczenia” (dalej refundacja) to zwrot części poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów usług zdrowotnych, zakupionych jako pojedyncze świadczenie, zgodnie z zasadami opisanymi poniżej.

Przez **placówkę leczniczą** rozumiemy jednostkę organizacyjną przedsiębiorstwa leczniczego, która jest uprawniona do świadczenia usług zdrowotnych i działa na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

Prawo do refundacji

Ubezpieczony może skorzystać z refundacji:

- wyłącznie za usługi zdrowotne wskazane w Wykazie Usług Medycznych pkt I- VIII dla posiadanego wariantu ubezpieczenia, wykonane w placówce leczniczej w warunkach ambulatoryjnych,
- tylko w okresie posiadania dostępu do usług zdrowotnych (okres ten wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia),
- maksymalnie do wysokości kwotowego limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym oraz procentu kosztów podlegających refundacji dla posiadanego wariantu ubezpieczenia,
- po złożeniu wniosku o refundację oraz udokumentowaniu poniesionych kosztów,
- z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności wynikających z umowy ubezpieczenia.

Dokumentowanie poniesionych kosztów:

1. Ubezpieczony pokrywa koszty usługi zdrowotnej bezpośrednio w placówce leczniczej, w której ją wykonał, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej placówce oraz pobiera potwierdzenie wykonania usługi.
2. Potwierdzenie wykonania usługi powinno zawierać:
 - dane Ubezpieczonego, na rzecz którego zostały wykonane usługi zdrowotne (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku usług wykonywanych na rzecz małoletniego dziecka Ubezpieczonego potwierdzenie wykonania usługi powinno zostać wystawione na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem imienia i nazwiska dziecka,
 - wykaz wykonanych usług zdrowotnych lub szczegółowa specyfikacja wystawione przez placówkę leczniczą wykonującą te świadczenia,
 - liczbę zrealizowanych usług zdrowotnych danego rodzaju,
 - datę wykonania usługi zdrowotnej,
 - cenę jednostkową zrealizowanej usługi zdrowotnej.
3. Jeśli skierowanie na usługi medyczne nie było wystawione w placówce LUX MED, Ubezpieczony powinien dołączyć jego kopię do wniosku o refundację. W przypadku braku kopii skierowania potwierdzeniem może być również kopia dokumentacji medycznej, która zawiera odpowiednią adnotację o wystawieniu tego skierowania.
4. Refundacja nie zostanie dokonana w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie zrealizowanych usług zdrowotnych oraz osoby, na rzecz której zostało świadczenie wykonane, lub gdy zostaną przesłane do LUX MED później niż 3 miesiące od daty wykonania usługi.

Rozliczenie refundacji

1. Okresy, w których przysługuje refundacja liczone są kalendarzowo i występują w ciągu roku w 4 kwartałach, tj. styczeń-marzec, kwiecień-czerwiec, lipiec-wrzesień, październik-grudzień.
2. Usługi zdrowotne, które zostały zrefundowane, zaliczane są do kwoty limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym na podstawie daty ich wykonania.
3. Limit kwotowy refundacji, który nie został wykorzystany w danym kwartale, nie przechodzi na kwartał następny.
4. W przypadku, gdy potwierdzenie wykonania usługi zdrowotnej nie daje podstawy do ustalenia wysokości poniesionych kosztów usługi zdrowotnej lub osoby, na rzecz której wykonano usługę, LUX MED ma prawo uzależnić dokonanie refundacji od dostarczenia przez Ubezpieczonego dodatkowych dokumentów dotyczących usługi objętej wnioskiem o refundację, które pozwolą ustalić tę podstawę. W tym celu Ubezpieczony może upoważnić LUX MED do wystąpienia do placówki leczniczej, która zrealizowała usługę zdrowotną, o udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie usługi objętej wnioskiem o refundację lub – w przypadku braku upoważnienia – dostarcza sam kopię tej dokumentacji.
5. W przypadku braku wyrażenia zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej wykonanej usługi zdrowotnej lub braku przedłożenia tej dokumentacji samodzielnie przez Ubezpieczonego, jak również w przypadku stwierdzenia braku podstaw do dokonania refundacji, LUX MED ma prawo odmowy dokonania refundacji odpowiednio w całości albo w części, o czym poinformuje pisemnie Ubezpieczonego wnioskującego o refundację.
6. Jeżeli koszt usługi zdrowotnej rażąco (tj. o ponad 50%) przewyższa cenę świadczenia określoną w cenniku LUX MED, LUX MED ma prawo obniżyć kwotę refundacji do najwyższej wysokości ceny tego świadczenia w Cenniku LUX MED, chyba że Ubezpieczony dostarczy dokumentację medyczną uzasadniającą wysokość poniesionych kosztów. Jako cennik LUX MED rozumiemy cennik obowiązujący w najbliższej zlokalizowanej przychodni LUX MED w stosunku do placówki leczniczej świadczącej usługę zdrowotną w dniu wykonania usługi, która posiada w swoim zakresie świadczeń usługi zdrowotne zrealizowane na rzecz Ubezpieczonego. Aktualny cennik dostępny na stronie www.luxmed.pl.

Wypłata z tytułu refundacji

Wniosek o refundację wraz z kompletem dokumentów należy przelać na adres:

LUX MED Sp. z o.o.

ul. Łżecka 24 F, 02-135 Warszawa

Z dopiskiem: Refundacja

W przypadku otrzymania tego wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej LUX MED poinformuje osobę, która złożyła wniosek o refundację, o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki w tym wniosku.

LUX MED dokona refundacji na wskazany we wniosku o refundację numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego wniosku.

Wniosek o refundację znajdziesz na www.allianz.pl

XIV. E-KONSULTACJE MEDYCZNE

Możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, tj. Portalu Pacjenta LUX MED.

Usługa obejmuje e-konsultacje medyczne w zakresie:

- interny/medycyny rodzinnej (od 18 roku życia),
- pediatrii (do 18 roku życia),
- pielęgniarstwa pediatrycznego,
- położnictwa

Z e-konsultacji medycznych mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy założą konto na Portalu Pacjenta na stronie www.portalpacjenta.luxmed.pl.

Dostępność czasowa e-konsultacji z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i jest widoczna w zakładce CZAT. Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.

Specjaliści medyczni, którzy odpowiadają na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. E-konsultacja medyczna jest udzielana wyłącznie po zalogowaniu do Portalu Pacjenta, a treść e-konsultacji jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

W zakres e-konsultacji wchodzi wymienione porady specjalistów medycznych, które nie wymagają osobistego kontaktu ze specjalistą.

E-konsultacja medyczna ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie e-konsultacji może odmówić zdalnej porady i skierować Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas e-konsultacji medycznej nie są wystawiane recepty ani skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące.

XV. KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ

Usługa polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu przez Zespół Koordynatorów Opieki Szpitalnej, pomocy w zakresie skoordynowania na jego rzecz planowej Hospitalizacji, w sytuacji gdy otrzyma on skierowania do szpitala na zabieg planowany (w tym na planowany poród).

Na wyraźne oświadczenie woli Ubezpieczonego co do chęci skorzystania przez niego z jednej lub wybranych usług koordynacji hospitalizacji, Koordynator Opieki Szpitalnej udziela mu wsparcia w następującym zakresie:

- przedstawia propozycję Hospitalizacji (sugerowane placówki szpitalne, w których Ubezpieczony może skorzystać z Hospitalizacji)
- umawia pobyt Ubezpieczonego w wybranej przez niego placówce szpitalnej,
- udziela pomocy przy umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji,
- monitoruje realizację badań i konsultacji wykonywanych przez Ubezpieczonego,
- koordynuje obieg dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem,
- przekazuje informacje o bieżącym statusie realizacji szpitalnych procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym,
- umawia Ubezpieczonego na wizytę kontrolną po Hospitalizacji,
- umawia Ubezpieczonego na badania lub zabiegi rehabilitacyjne po Hospitalizacji zgodnie z zaleceniami Lekarza,
- organizuje Ubezpieczonemu Transport Medyczny, w przypadku gdy wynika on ze wskazań medycznych, zalecanych przez Lekarza.

Wskazane powyżej usługi pomocy w zakresie koordynacji opieki szpitalnej realizowane są wyłącznie w Szpitalach własnych LUX MED lub Szpitalach współpracujących z LUX MED, których aktualna lista znajduje się na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia/oferta-/koordynacja-opieki-szpitalnej-dla-klienta-indywidualnego-i-korporacyjnego.

Usługa Koordynacji Opieki Szpitalnej nie obejmuje kosztów usług zdrowotnych zorganizowanych przez Koordynatora, a zaakceptowanych przez Ubezpieczonego i wykonanych na jego rzecz w związku z Hospitalizacją – takich jak w szczególności:

- badań i konsultacji lekarskich w trakcie kwalifikacji do Hospitalizacji;
- świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu w trakcie Hospitalizacji;
- kontrolnych konsultacji lekarskich, badań kontrolnych i zabiegów rehabilitacyjnych udzielanych Ubezpieczonemu po Hospitalizacji;
- kosztów korzystania przez Ubezpieczonego z Transportu Medycznego,

do pokrycia tych kosztów zobowiązany jest Ubezpieczony z własnych środków.

Szczegółowe informacje dotyczące sposobu korzystania przez Ubezpieczonego z pomocy Koordynatora Opieki Szpitalnej oraz definicje pojęć zapisanych wielką literą znajdują się w „Regulaminie korzystania z usługi Koordynacja Opieki Szpitalnej. W Regulaminie Ubezpieczony określany jest jako Pacjent.

XVI. INNE ŚWIADCZENIA

10% rabat na usługi ambulatoryjne, które nie są objęte zakresem w ramach umowy Ubezpieczenia realizowane w przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat jest naliczany od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabaty się nie sumują.

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu TU Allianz Życie S.A. nr 120/2023 i ma zastosowanie do umów dodatkowych zawieranych od 20 stycznia 2024 roku. do ubezpieczenia Twoje Życie oraz Twój Plan oraz umów dodatkowych zawieranych na kolejny okres z informacją zawartą w pakietach rocznicowych wysyłanych poczynszy od 20 stycznia 2024 r. do ubezpieczenia Twoje Życie oraz Twój Plan.

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDI-ASSISTANCE NR MED/ASS/4/2024

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 11

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDI-ASSISTANCE NR MED/ASS/4/2024

DEFINICJE

KTO ZAWIERA UMOWĘ UBEZPIECZENIA (STRONY UMOWY)

Umowa ubezpieczenia została zawarta na rzecz Uczestników i łączy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (my) – jako Ubezpieczyciela z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. – jako Ubezpieczającym. Zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej Uczestnikom reguluje ten dokument, czyli Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance nr MED/ASS/4/2024 (dalej: OWU).

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ (DEFINICJE)

- Akt terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność. Działanie to zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych
- Choroba przewlekła** – stan chorobowy, który został zdiagnozowany u Uczestnika przed objęciem po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia i charakteryzuje się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, albo choroba, która w ciągu 12 miesięcy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia była stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub była przyczyną co najmniej 24-godzinnej Hospitalizacji
- Dokument uczestnictwa** – dokument, w którym potwierdzamy, że objęliśmy daną osobę ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia
- Hospitalizacja** – pobyt Uczestnika w Szpitalu, trwający co najmniej 72 godziny, który nastąpił na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku
- Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Uczestnika związane z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant
- Miejsce zamieszkania** – adres zamieszkania Uczestnika w Polsce, który Uczestnik wskazuje przed Przystąpieniem do ubezpieczenia
- Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy, który powstał nagle w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i zagraża życiu lub zdrowiu Uczestnika
- Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - 1) jest nagłe i nie zależy od woli Uczestnika,
 - 2) zostało wywołane bezpośrednio i wyjątkowo przez Przyczynę zewnętrzną,
 - 3) wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Uczestnik jest objęty ochroną ubezpieczeniową, na podstawie niniejszego dokumentu
- Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, które działają na terytorium Polski na podstawie przepisów prawa, w ramach systemu publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej
- Przyczyna zewnętrzna** – czynnik zewnętrzny wobec organizmu, który stanowi wyjątkowy powód powstania obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, polegający na oddziaływaniu na organizm:
 - 1) energii kinetycznej, która powoduje obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
 - 2) energii termicznej oraz elektrycznej, które powodują obrażenia w postaci oparzeń;
 - 3) czynników chemicznych, które powodują obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
 - 4) czynników akustycznych, które powodują obrażenia w postaci urazów akustycznych.
- Przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie Uczestnika ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, które potwierdzamy Dokumentem uczestnictwa
- Rezygnacja** – złożenie przez Uczestnika Ubezpieczającemu lub nam pisemnego oświadczenia woli o Rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia. Uczestnik może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w dowolnym momencie
- Sporty wysokiego ryzyka** – sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, szybownictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, heliskiing, heliboarding, uczestniczenia w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (pustynia, góry powyżej 4000 m n.p.m., busz, Antarktyda albo Arktyka (poza granicą wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), dżungla i tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego), downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skatkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach lub desce snowboardowej, jazda poza wyznaczonymi trasami, zjazdy ekstremalne, kajakarstwo górskie, rafting.
- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia choremu samodzielne funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wataki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kotnierze, rowerek rehabilitacyjny, watek, półwatek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
- Szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - 1) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia – dzięki pracy zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – lub
 - 2) wykonuje zabiegi chirurgii jednego dnia – co najmniej w zakresie, który dotyczy postępowania medycznego.Szpitalem nie jest: dom pomocy społecznej, dom opieki, ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny ani wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego – w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny.
- Świadczenie assistance** – świadczenie ubezpieczeniowe w postaci:
 - 1) usługi opiekuńczej, którą zorganizujemy i pokryjemy jej koszt,
 - 2) kwoty, którą wypłacamy Uczestnikowi, gdy wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, a Uczestnik we własnym zakresie zorganizuje i opłaci usługę opiekuńczą
- Transport medyczny** – transport, który zapewniamy Uczestnikowi, o ile jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego i który jest dostosowany do stanu zdrowia Uczestnika. Transportem medycznym nie jest dojazd do poradni rehabilitacyjnej.
- Ubezpieczający** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4B, (00-189) Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000002561.
- Ubezpieczyciel (my)** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 0000189340, NIP 1070000164, REGON 01564769, o kapitale zakładowym spółki macierzystej 18 510 562,50 EUR, wpłaconym w całości, na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
- Uczestnik** – osoba fizyczna, która:
 - 1) jest osobą ubezpieczoną w Umowie podstawowej i
 - 2) wyraziła zgodę na Przystąpienie do ubezpieczenia
- Umowa podstawowa** – indywidualna umowa ubezpieczenia, która została zawarta z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. na rzecz Uczestnika, na podstawie:
 - 1) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądz Zdrow”,
 - 2) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet JA,
 - 3) Ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet MY,
 - 4) Ogólnych warunków ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym,

- 5) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Medi-service, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Nowa Perspektywa,
 - 6) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Nowa Perspektywa,
 - 7) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, która stanowi rozszerzenie zakresu umowy ubezpieczenia Twoje Życie albo Twój Plan.
24. **Umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance zawarta na rzecz Uczestników, która łączy nas z Ubezpieczającym.
25. **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu, które polega na udziale:
- 1) w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji);
 - 2) we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym);
 - 3) które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków;
26. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Nagłe zachorowanie, Nieszczęśliwy wypadek lub Hospitalizacja Uczestnika, które wystąpiły w Okresie ochrony ubezpieczeniowej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Uczestnika.
2. Ubezpieczenie obejmuje Świadczenie assistance, które realizujemy, gdy w Okresie ochrony ubezpieczeniowej zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe.
3. Rodzaje świadczeń, zasady ich organizacji oraz limity, które dotyczą poszczególnych Świadczeń assistance w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej, podajemy w Tabeli Świadczeń Assistance:

Tabela Świadczeń Assistance

Część I Świadczenia assistance w przypadku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Uczestnika					
Lp.	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie assistance	Opis	Limity kwotowe na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Limity w 12-miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej
1	Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska	Jeśli Uczestnik będzie potrzebował wizyty lekarskiej, to: 1) zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty lekarskiej Uczestnika w Placówce medycznej albo 2) zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdów lekarza do Miejsca zamieszkania i sfinansujemy honorarium lekarza, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego	–	3 wizyty
2		Transport medyczny do Placówki medycznej	Jeśli Uczestnik wymaga pobytu w Placówce medycznej na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego z Miejsca zamieszkania do Placówki medycznej.	1000,00 zł brutto	–
3		Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi	Jeśli Uczestnik przebywa w Placówce medycznej, ale: 1) nie odpowiada ona wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub 2) jest skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego pomiędzy Placówkami medycznymi.		
4		Transport medyczny z Placówki medycznej	Jeśli Uczestnik może opuścić Placówkę medyczną, w której przebywał, to zorganizujemy i pokryjemy koszt Transportu medycznego z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania.		
Lekarz Ubezpieczyciela na podstawie informacji od Lekarza prowadzącego wskaże rodzaj Transportu medycznego, który jest odpowiedni do stanu zdrowia Uczestnika.					
5		Rehabilitacja	Jeśli Uczestnik wymaga rehabilitacji na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego, to: 1) zorganizujemy i pokryjemy koszt wizyty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania albo 2) zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty Uczestnika w poradni rehabilitacyjnej (wraz z kosztami dojazdu i zabiegów rehabilitacyjnych)	1000,00 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
6		Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Uczestnik otrzyma od Lekarza prowadzącego pisemne zalecenie używania w domu Sprzętu rehabilitacyjnego, to zorganizujemy wypożyczenie albo zakup takiego sprzętu.	500,00 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
7		Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Uczestnik otrzyma od Lekarza prowadzącego pisemne zalecenie używania w domu Sprzętu rehabilitacyjnego, to dostarczymy Uczestnikowi Sprzęt rehabilitacyjny do Miejsca zamieszkania.	500,00 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe

Część II

Świadczenie assistance w przypadku Hospitalizacji Uczestnika

8	Hospitalizacja	Wizyta w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – na czas Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: <ul style="list-style-type: none">• transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Szpitala oraz transport powrotny,• pobyt w hotelu przyszpitalnym lub w razie jego braku – w innym dostępnym hotelu trzygwiazdkowym najbliższym Szpitala.	1000,00 zł brutto	–
9		Wizyta w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika – po zakończeniu Hospitalizacji Uczestnika, obejmujące: <ul style="list-style-type: none">• transport bliskiej osoby z miejsca jej pobytu do Miejsca zamieszkania oraz transport powrotny,• pobyt w najbliższym miejscu zamieszkania hotelu trzygwiazdkowym, w okresie do 14 dni od zakończenia Hospitalizacji.	1000,00 zł brutto	–

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony.

ART. 4 JAK PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA

1. Przystąpienie do ubezpieczenia odbywa się na podstawie zgody, którą osoba ubezpieczona wyraża we wniosku o zawarcie Umowy podstawowej.
2. Za zgodę na Przystąpienie do ubezpieczenia uznajemy także udzielone uprzednio zgody na przystąpienie do umów grupowego ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków: „Program Mediservice”, „Pomoc medyczna i domowa dla mnie i mojej rodziny”, „Pomoc medyczna i domowa dla mnie”, „Program Assistance”, „Pomocnik domowy”, „Assistance medyczny i domowy”.
3. Objęcie danej osoby ochroną ubezpieczeniową (jako Uczestnika) potwierdzamy, doręczając Dokument uczestnictwa.

ART. 5 KIEDY ROZPOCZYNA SIĘ I KOŃCZY OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - 1) 1. dnia miesiąca kalendarzowego, który następuje po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej, o ile data ta przypada w okresie od 1. do 20. dnia miesiąca kalendarzowego, albo
 - 2) 1. dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej, o ile data ta przypada w okresie od 21. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
2. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazujemy w Dokumentie uczestnictwa.
3. Okres ochrony ubezpieczeniowej wynosi 12 miesięcy i jest przedłużany na kolejne okresy 12-miesięczne, o ile:
 - 1) ochrona nie skończyła się przed upływem bieżącego okresu ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - 2) Ubezpieczający lub Uczestnik nie postanowią inaczej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy ubezpieczenia kończy się:
 - 1) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej,
 - 2) z dniem przekształcenia Umowy podstawowej w umowę ubezpieczenia bezskładkowego – dotyczy Umowy podstawowej ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym,
 - 3) z ostatnim dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) 30. dnia, licząc od dnia, w którym Uczestnik złożył Rezygnację,
 - 5) gdy wygaśnięcie lub zostanie rozwiązana Umowa ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu, za jaki Ubezpieczający opłacił składkę ubezpieczeniową,
 - 6) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia,
 - 7) w chwili śmierci Uczestnika.
5. Dostęp do Świadczeń assistance nie przysługuje w Okresie ochrony ubezpieczeniowej, jeśli składki ubezpieczeniowe z tytułu Umowy podstawowej nie są terminowo opłacane. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana terminowo, jeżeli kwota zaległości nie przekracza

miesięcznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach tej Umowy podstawowej. Zasada ta dotyczy Umowy podstawowej ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, ubezpieczenia Pakiet JA, ubezpieczenia Pakiet MY, ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym. W przypadku Umowy podstawowej ubezpieczenia uniwersalnego Nowa Perspektywa o numerze NPER/J/8/2016 albo późniejszym, składki ubezpieczeniowe z jej tytułu nie są terminowo opłacane także wtedy, gdy jest ona przekształcona w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

ART. 6 JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI

1. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia przekazujemy Ubezpieczającemu OWU oraz inne dokumenty, których wymaga prawo.
2. Jeśli wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, to zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń assistance, które wymieniamy w Tabeli Świadczeń Assistance.

ART. 7 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający ma obowiązek przekazać osobie zainteresowanej objęciem ochroną ubezpieczeniową: OWU oraz inne dokumenty, które otrzymuje od nas – przed Przystąpieniem Uczestnika do ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować nas o Przystąpieniu do ubezpieczenia w trybie uzgodnionym w Umowie ubezpieczenia.

ART. 8 ILE KOSZTUJE OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez Ubezpieczającego i została określona w Umowie ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

ART. 9 KIEDY UBEZPIECZAJĄCY MOŻE WYPOWIEDZIEĆ UMOWĘ UBEZPIECZENIA I KIEDY ULEGA ONA ROZWIĄZANIU

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

ART. 10 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. Aby skorzystać ze Świadczeń assistance, Uczestnik (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien skontaktować się z Ubezpieczycielem (tel. 22 591 95 73, 22 281 95 73) i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Uczestnika, nr PESEL lub, w przypadku jego braku, datę urodzenia,
 - 2) nazwę Umowy podstawowej,
 - 3) Miejsce zamieszkania,
 - 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Uczestnikiem lub wskazaną przez niego osobą,
 - 5) opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
2. Po weryfikacji prawa Uczestnika do Świadczeń assistance – niezwłocznie, nie później niż w ciągu 72 godzin, przystąpimy do realizacji Świadczenia assistance i poinformujemy Uczestnika, kiedy je zrealizujemy. W przypadku zmiany terminu lub sposobu realizacji Świadczenia assistance również niezwłocznie prześlemy taką informację Uczestnikowi.
3. Jeżeli Uczestnik, z przyczyn od siebie niezależnych, nie mógł skontaktować się z nami telefonicznie i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty Świadczeń assistance, powinien poinformować nas o tym fakcie w ciągu 7 dni od dnia, kiedy kontakt z nami stał się możliwy. W takim przypadku udzielimy informacji, w jaki sposób wystąpić o zwrot poniesionych kosztów.
4. W takim przypadku zwracamy koszty Świadczeń assistance, które poniósł Uczestnik, na podstawie dokumentów, które potwierdzają zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz poniesienie tych kosztów. Zwracamy koszty poniesione przez Uczestnika, nie wyższe jednak niż limity, które wskazujemy w Tabeli Świadczeń Assistance.
5. Jeśli Uczestnik nie powiadomił nas o Zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz zorganizował i pokrył koszty Świadczeń assistance we własnym zakresie, to zastrzegamy sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku organizowania Świadczeń assistance przez nas. Przepis ten nie ma zastosowania, gdy Uczestnik nie powiadomił nas o Zdarzeniu ubezpieczeniowym z przyczyn niezależnych od siebie.
6. Koszty Świadczeń assistance, które poniósł Uczestnik, wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, w złotych. Jeśli odmawiamy zwrotu kosztów, które poniósł Uczestnik lub wypłacamy część kwoty wskazanej we wniosku o zwrot kosztów, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
7. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy zwrot kosztów, które poniósł Uczestnik przysługuje i w jakiej wysokości, to pieniądze wypłacamy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsprawną część wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.

ART. 11 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów poza terytorium Polski.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Uczestnika,
 - 2) rażącego niedbalstwa Uczestnika, chyba że organizacja Świadczenia assistance odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 3) popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Uczestnika,
 - 4) w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Uczestnika,
 - 5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, Aktów terroryzmu,
 - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
 - 7) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS,
 - 8) Chorób przewlekłych Uczestnika,
 - 9) nieprzestrzegania zaleceń lekarza,

- 10) Zawodowego uprawiania sportu lub uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Uczestnika;
 - 11) katastrof naturalnych, działania ognia lub następujących żywiołów: trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne;
 - 12) spożycia przez Uczestnika alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji,
 - 13) zaburzeń psychicznych Uczestnika, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
3. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie zapewniamy Świadczeń assistance ani nie pokrywamy ich kosztów, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w związku z leczeniem sanatoryjnym Uczestnika oraz helioterapią, niezależnie od jej powodu;
 - 2) w wyniku leczenia stomatologicznego Uczestnika;
 - 3) leczenia eksperymentalnego, którego skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które jest w trakcie badań lub testów;
 - 4) w wyniku rutynowych badań fizykalnych Uczestnika, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i podania leków lub zabiegów zapobiegawczych;
 - 5) wyłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
 4. Nie udzielimy ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będziemy zobowiązani do organizacji Świadczenia assistance w zakresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli organizacja Świadczenia assistance mogą narazić nas na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, prawa polskiego, Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

REKLAMACJE I INNE WAŻNE INFORMACJE

ART. 12 JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Uczestnik, uprawniony z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy ubezpieczenia grupowego mogą złożyć Ubezpieczycielowi:
 - A. ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu (22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku, w dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - B. na piśmie – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - C. w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia złożone do Ubezpieczającego będą przekazywane do Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany na piśmie.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest na piśmie za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres do doręczeń wskazany przez składającego reklamację w jej treści. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy na piśmie lub w postaci elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest na

piśmie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4.

6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Uczestnikiem lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Uczestnikiem lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – udział Ubezpieczyciela w takim postępowaniu jest obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl
Biuro Rzecznika Finansowego
ul. Nowogrodzka 47A 00-695 Warszawa
Tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja
+48 22 333-73-27 – Recepcja
Faks +48 22 333-73-29
e-mail: biuro@rf.gov.pl
www.rf.gov.pl
8. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów – platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

ART. 13 W JAKI SPOSÓB SĄ ROZWIĄZYWANE EWENTUALNE SPORY

1. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Uczestnika lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Uczestnika lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

ART. 14 CO JESZCZE WARTO WIEDZIEĆ O UBEZPIECZENIU

1. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie Umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia podlega przepisom prawa polskiego.

OWU zostały przyjęte uchwałą Ubezpieczyciela nr 001/2024 z dnia 11 stycznia 2024 r. i wchodzi w życie z dniem 16.03.2024 r.



Piotr Ruszowski
Dyrektor Oddziału

PODSTAWOWE INFORMACJE O GRUPOWYM UBEZPIECZENIU MEDI-ASSISTANCE

Dokument ten jest materiałem informacyjnym dla osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia Medi-Assistance. Opisujemy w nim najważniejsze cechy i zasady działania tego ubezpieczenia. Pełne informacje o ubezpieczeniu zawierają Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Medi-Assistance (MED/ASS/4/2024).

JAKIEGO RODZAJU JEST TO UBEZPIECZENIE

Medi-Assistance jest to umowa grupowego ubezpieczenia, która została zawarta na rzecz Uczestników i łączy Ubezpieczyciela: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z Ubezpieczającym: Towarzystwo Ubezpieczeń Alianz Życie Polska S.A. Ubezpieczenie obejmuje Świadczenie assistance, które realizuje Ubezpieczyciel, gdy w Okresie ochrony ubezpieczeniowej zajdzie Zdarzenie ubezpieczeniowe. Koszt ochrony za danego Uczestnika pokrywa Ubezpieczający.

KTO MOŻE BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ I JAK DŁUGO TRWA UBEZPIECZENIE

Ochroną jest objęty Uczestnik, czyli osoba fizyczna, która jest ubezpieczona w Umowie podstawowej wskazanej w warunkach ogólnych. Okres ochrony ubezpieczeniowej trwa 12 miesięcy i rozpoczyna się od dnia wskazanego w Dokumencie uczestnictwa.

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

Jeśli w Okresie ochrony ubezpieczeniowej wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty Świadczeń assistance wymienionych w poniższej Tabeli Świadczeń Assistance.

Zdarzenie	Świadczenie assistance	Limity kwotowe na Zdarzenie	Limity
Nagłe zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska	–	3 wizyty
	Transport medyczny: • do Placówki medycznej • pomiędzy Placówkami medycznymi • z Placówki medycznej	1000 zł brutto	–
	Rehabilitacja	1000 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
	Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	500 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
Dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego		500 zł brutto	3 Zdarzenia ubezpieczeniowe
	Hospitalizacja		
	Wizyta w Szpitalu bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	1000 zł brutto	–
	Wizyta w Miejscu zamieszkania bliskiej osoby wskazanej przez Uczestnika	1000 zł brutto	–

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczyciel nie zapewnia świadczeń i usług poza terenem Polski. Nie odpowiada także za zdarzenia powstałe w szczególności w wyniku:

- umyślnego działania Uczestnika;
- rażącego niedbalstwa Uczestnika, chyba że organizacja Świadczenia assistance odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- popełnienia przestępstwa umyślnego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Uczestnika;
- w związku z umyślnym samouszkodzeniem ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Uczestnika;
- Chorób przewlekłych Uczestnika;
- Zawodowego uprawiania sportu lub Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Uczestnika;
- w związku z leczeniem sanatoryjnym Uczestnika oraz helioterapią, niezależnie od jej powodu;
- leczenia stomatologicznego Uczestnika;
- leczenia eksperymentalnego, którego skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone naukowo i medycznie lub które jest w trakcie badań lub testów;
- rutynowych badań fizykalnych Uczestnika, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i podania leków lub zabiegów zapobiegawczych.

Wszystkie ograniczenia odpowiedzialności wskazaliśmy w warunkach ogólnych.

Dokument ten wszedł w życie z dniem 16 marca 2024 roku.

POLITYKA PRYWATNOŚCI

ZASADY OCHRONY PRYWATNOŚCI

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce („my”, „nas”, „nasze”) jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. KIM JEST ADMINISTRATOR DANYCH?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych i odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce jest właśnie administratorem danych.**

2. JAKIE DANE OSOBOWE BĘDĄ ZBIERANE?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko (w tym nazwisko rodowe), imię (imiona)
- Imiona rodziców
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Numer, data wydania, data ważności, organ wydający i rodzaj dokumentu tożsamości
- Numery telefonów

- Adres e-mail
- Informacje o posiadanym prawo jazdy (kategoria, data wydania, data ważności, numer dokumentu)
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu
- Numer polisy
- Dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia
- Dane o pracodawcy i statusie zatrudnienia
- Obywatelstwo
- Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej
- Dane pozyskane w trakcie zgłoszenia oraz likwidacji szkody

W zależności od Państwa umowy lub szkody poprosimy jedynie o dane niezbędne w konkretnym przypadku.

Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, tj. dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane ze świadectw zgonu.

3. W JAKI SPOSÓB BĘDIEMY UZYSKIWAĆ I WYKORZYSTYWAĆ PAŃSTWA DANE OSOBOWE?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału (tj. z placówek medycznych, od Państwa pracodawcy, z Narodowego Funduszu Zdrowia) zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
Zarządzanie umową, w tym umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód, rozpatrywanie reklamacji)	Nie (z wyjątkiem sytuacji, kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji kiedy nie są Państwem naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych)	art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. g w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak	art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest marketing bezpośredni naszych produktów i usług)
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego)
W celu ograniczenia ryzyka w zakresie sankcji gospodarczych poprzez weryfikację i zastosowanie innych odpowiednich środków sprawdzających, czy klient lub ryzyko podlegające ubezpieczeniu nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom oraz czy umowa nie narusza żadnych sankcji gospodarczych, poprzez cykliczne kontrole ubezpieczonych i klientów, a także – na etapie likwidacji szkody – poprzez przeprowadzenie analizy pod względem obowiązywania sankcji finansowych w odniesieniu do ubezpieczonego oraz, w stosownych wypadkach, beneficjenta przed wypłatą odszkodowania lub świadczenia	Nie	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zapobieganie przestępstwom ubezpieczeniowym i obrona przed nadużyciami)

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
W celu badania satysfakcji klienta	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest badanie jakości świadczonych przez nas usług oraz poziomu zadowolenia naszych klientów z tych usług)
W celu ustalenia, dochodzenia i obrony przed roszczeniami	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość ustalenia, dochodzenia i obrony przed ewentualnymi roszczeniami)

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem niektórych sytuacji, kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia lub nie są Państwo naszym klientem), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług lub likwidacji zgłoszonej szkody. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb, lub zlikwidować zgłoszonej przez Państwa szkody.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży. Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili tworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do jej zakwestionowania, uzyskania jej uzasadnienia, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

4. KTO BĘDZIE MIEĆ DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępnić Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i innym podwykonawcom świadczącym usługi na rzecz AWP w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami, likwidacja szkody, wykonanie umowy poprzez wykonanie usług na rzecz uprawnionej osoby) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępniemy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępnić Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, potęczenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zapasów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

5. GDZIE BĘDĄ PRZETWARZANE DANE OSOBOWE?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regulami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

6. JAKIE UPRAWNIENIA PRZYSŁUGUJĄ PAŃSTWU W ODNIESIENIU DO DANYCH OSOBOWYCH?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formie elektronicznej na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie: <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

7. JAK MOŻNA WNIĘĆ SPRZECIWI WOBEC PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

UMOWA DODATKOWA

Zagraniczna druga opinia medyczna

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Jeśli lekarze w Polsce zdiagnozują u Ciebie lub Twoich bliskich poważną chorobę, możesz liczyć na dodatkową opinię najlepszych specjalistów – bez konieczności wyjazdu za granicę.
- Masz dostęp do platformy informacyjnej www.askbestdoctors.com/pol, na której znajdziesz wiele przydatnych informacji medycznych (także w formie wideo).

Warto wiedzieć

Z usługi Best Doctors możesz skorzystać, gdy masz już diagnozę postawioną przez Twojego lekarza. Diagnoza może dotyczyć choroby Twojej albo osoby bliskiej.

Zwróć uwagę

W ramach umowy masz dostęp do dwóch usług:

- zagranicznej drugiej opinii medycznej – możesz z niej skorzystać w przypadku poważnych chorób i uszkodzeń ciała, które zagrażają życiu; ich listę znajdziesz w warunkach ubezpieczenia,
- telefonicznej konsultacji eksperta – możesz z niej skorzystać, jeśli choroba wymaga leczenia specjalistycznego (jak np. alergia, łuszczyca), ale nie zagraża życiu.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Zadzwoń do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors: **800 365 867**. Jest ono czynne 24 godz. na dobę, 7 dni w tygodniu.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA” (OM/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 4-5 Art. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA” (OM/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

- Best Doctors** – Best Doctors Services SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: C/Almagro 36-1, 28010 Madryt), za pośrednictwem którego zapewniamy sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, Informacji Medycznej Eksperta oraz dostęp do Platformy AskBestDoctors
- Biblioteka Video On-line** – zbiór informacyjno-edukacyjnych filmów wideo, umożliwiających uzyskanie informacji o istocie chorób, ich wpływie na organizm, metodach diagnostyki i leczenia
- Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – całodobowe centrum zgłoszeniowe Best Doctors (tel. 800 365 867, adres: ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne oraz dokumenty od Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej, weryfikuje prawo do uzyskania świadczeń oraz koordynuje ich realizację
- Dziecko** – własne lub przysposobione dziecko Ubezpieczonego, nad którym sprawuje on opiekę rodzicielską do czasu uzyskania przez nie pełnoletności i które w dniu postawienia diagnozy lub stwierdzenia konieczności przeprowadzenia leczenia operacyjnego ma nie więcej niż 25 lat
- Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym danej specjalizacji. Wyboru Eksperta dokonuje Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki schorzenia, którego dotyczy zgłoszenie
- Informacja Medyczna Eksperta (AskTheExpert)** – specjalistyczna ocena stanu zdrowia lub informacja o problemie zdrowotnym Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej, którą sporządza Ekspert. Jeśli jest to możliwe na podstawie zgromadzonych informacji, Ekspert przygotowuje także propozycję sposobu leczenia
- Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego albo Osoby Bliskiej – w zależności od tego, której osoby dotyczy,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym osoby, której to zdarzenie dotyczy,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową
- Osoba Bliska** – Współmałżonek, Partner lub Dziecko Ubezpieczonego
- Partner** – osoba, z którą Ubezpieczony prowadzi z wspólnie gospodarstwo domowe
- Platforma AskBestDoctors** – internetowa platforma informacyjna na stronie www.askbestdoctors.com/pol, dzięki której Ubezpieczony lub Osoba Bliska:
 - a) korzystają z bazy informacji dotyczących kwestii zdrowotnych – od informacji ogólnych po szczegółowe wyjaśnienia na temat schorzeń i ich leczenia, w tym z zasobów Biblioteki Video On-line,

- b) wypełniają i składają on-line wnioski o sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta,
 - c) przeglądają swoją dokumentację medyczną.
- Ubezpieczony lub Osoba Bliska korzystają z platformy po zalogowaniu się z wykorzystaniem indywidualnego hasła
- Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie i która w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat
 - Współmałżonek** – osoba, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego
 - Zagraniczna Druga Opinia Medyczna (InterConsultation)** – opinia, która dotyczy Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej i którą sporządza Ekspert na podstawie dostarczonej mu dokumentacji medycznej. Opinia ta zawiera:
 - a) weryfikację wcześniej postawionej diagnozy,
 - b) propozycję optymalnego planu leczenia

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

- Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
- Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) organizację oraz pokrycie kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu lub Osobie Bliskiej postawiono diagnozę lub zalecono leczenie operacyjne, które mają związek z następującym stanem chorobowym lub uszkodzeniem ciała:

1) nowotwór złośliwy	12) choroba Alzheimera	23) rozległe oparzenie
2) niewydolność nerek	13) choroba Parkinsona	24) utrata kończyn
3) schyłkowa niewydolność wątroby	14) choroby neuronu ruchowego	25) utrata słuchu
4) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby	15) przeszczep narządu	26) utrata wzroku
5) udar mózgu	16) zawał serca	27) utrata mowy
6) łagodny nowotwór mózgu	17) angioplastyka naczyń wieńcowych	28) śpiączka
7) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	18) operacja pomostowania naczyń wieńcowych	29) cukrzyca typu 1 (insulinozależna)
8) zapalenie mózgu	19) operacja zastawek serca	30) gruźlica
9) porażenie kończyn	20) operacja aorty	31) zakażenie wirusem HIV
10) paraliż	21) bakteryjne zapalenia wsierdza	32) inne stany chorobowe i uszkodzenia ciała, o ile zagrażają życiu Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej i wymagają leczenia specjalistycznego
11) stwardnienie rozsiane	22) niedokrwiłość aplastyczna	

- b) organizację oraz pokrycie kosztów sporządzenia Informacji Medycznej Eksperta, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego, Ubezpieczonemu lub Osobie Bliskiej występuje stan chorobowy albo uszkodzenie ciała inne niż wymienione w tabeli, które wymagają leczenia specjalistycznego,
- c) dostęp do Platformy AskBestDoctors,
- d) tłumaczenie na język Eksperta dokumentacji medycznej, którą przekazuje Ubezpieczony lub Osoba Bliska,
- e) tłumaczenie na język polski Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej i Informacji Medycznej Eksperta – przed przekazaniem ich Ubezpieczonemu lub Osobie Bliskiej.

3. Ubezpieczony i Osoba Bliska mogą korzystać ze świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, w okresie, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
4. Jeśli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptacisz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do świadczeń.
5. W ciągu pierwszych 90 dni ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego w pierwszej Umowie Dodatkowej, zapewniamy sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta wyłącznie w związku z następstwami Niez szczęśliwego Wypadku.
6. Dla jednego stanu chorobowego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej, które obejmujemy ubezpieczeniem, zapewniamy sporządzenie jednej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej albo jednej Informacji Medycznej Eksperta.

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć tylko razem z Umową Główną.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 5 W JAKI SPOSÓB ZAPEWNIAMY DOSTARCZENIE ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

1. Aby uzyskać Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną, Ubezpieczony albo Osoba Bliska, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
 - a) kontaktując się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podając dane:
 - imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
 - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
 - dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
 - kontaktowy numer telefonu,
 - b) wypełniają formularze, które otrzymują po zweryfikowaniu przez Best Doctors prawa do świadczenia,
 - c) dostarczają do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors, na własny koszt, wypełnione formularze oraz zgromadzoną dokumentację medyczną, a jeśli zgłoszenie dotyczy Osoby Bliskiej – także odpis aktu małżeństwa albo odpis aktu urodzenia Dziecka (w zależności od tego, której osoby dotyczy zgłoszenie).
2. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana:
 - a) osobie, której dotyczy,
 - b) w uzgodniony z nią sposób,
 - c) w ciągu 30 dni od dostarczenia dokumentacji medycznej.Jeżeli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Zagraniczna Druga Opinia Medyczna zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie było możliwe. W przypadku osób małoletnich Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.
3. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana w języku polskim.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB DOSTARCZAMY INFORMACJĘ MEDYCZNĄ EKSPERTA

1. Aby uzyskać Informację Medyczną Eksperta, Ubezpieczony albo Osoba Bliska, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
 - a) kontaktując się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podając dane:
 - imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
 - numer polisy, która potwierdza zawarcie Umowy,
 - dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
 - kontaktowy numer telefonu,
 - b) udzielając wyjaśnień dotyczących stanu zdrowia osoby, której zgłoszenie dotyczy.
2. Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana:
 - a) osobie, której dotyczy, na wskazany przez nią adres poczty elektronicznej,
 - b) w ciągu 7 dni od dostarczenia informacji.Jeżeli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Informacja Medyczna Eksperta zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie było możliwe.
3. W przypadku osób małoletnich Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.
4. Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana w języku polskim.

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE POKRYWAMY KOSZTÓW SPORZĄDZENIA ZAGRANICZNEJ DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ ANI INFORMACJI MEDYCZNEJ EKSPERTA

1. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani Informacji Medycznej Eksperta:
 - a) jeżeli przyczyną zgłoszenia jest:
 - ostry i krótkotrwały stan chorobowy,
 - choroba przewlekła o lekkim przebiegu,
 - zaburzenie psychiczne,
 - problem stomatologiczny,
 - b) w czasie pobytu Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem tej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta,
 - c) jeżeli stan chorobowy Ubezpieczonego lub Osoby Bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
2. Ani Best Doctors, ani my nie odpowiadamy za:
 - a) medyczną poprawność Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej czy Informacji Medycznej Eksperta,
 - b) skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tych opiniach,
 - c) skutki wdrożenia proponowanych przez Ekspertów planów leczenia, w tym ich skuteczność.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Ubezpieczenie składki

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Przejmujemy opłacanie Twoich składek za polisę, jeśli lekarz stwierdzi u Ciebie całkowitą niezdolność do pracy zgodnej z wykształceniem bądź umiejętnościami zawodowymi.

Warto wiedzieć

Weźmiemy na siebie opłacanie składek od 7 miesiąca niezdolności do pracy, która nie musi mieć trwałego charakteru.

Zwróć uwagę

Umowa może być zawarta wyłącznie razem z umową ubezpieczenia na życie przez Ubezpieczonego Głównego, który jest jednocześnie Ubezpieczającym – czyli osobą, która opłaca składki.

Jak skorzystać z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/TZ/5/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/TZ/5/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej, która jest zgodna z jego wykształceniem, umiejętnościami nabytymi podczas ukończonych kursów zawodowych lub podczas wykonywania Aktywności Zarobkowej. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, które również wystąpiły w czasie tej ochrony, i
 - b) trwać w czasie tej ochrony nieprzerwanie przynajmniej 6 miesięcy
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zająć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) jest Ubezpieczonym Głównym i Ubezpieczającym w Umowie i
 - b) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 55 lat
5. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
6. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sphywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub

przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagającą użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

7. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy, także taką, która powstaje na skutek Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
3. Niezdolność do Pracy oraz 6-miesięczny okres całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej muszą wystąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
4. W razie Niezdolności do Pracy świadczenie ubezpieczeniowe jest równe sumie wszystkich Składek – pomniejszonych o Regularne Składki Kapitałowe – których terminy płatności przypadają po upływie 6-miesięcznego okresu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej i do zakończenia Niezdolności do Pracy, jednak nie dłużej niż do:
 - a) rozwiązania Umowy Dodatkowej z innej przyczyny niż zakończenie okresu, na który została zawarta, i
 - b) ukończenia przez Ubezpieczonego 67 lat.

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Pierwszą Umowę Dodatkową możesz zawrzeć tylko razem z Umową Główną.
2. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upływie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) w dniu zmiany osoby, która ma obowiązek płacić Składki,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
3. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 67 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Masz obowiązek opłacać Składki do czasu, gdy podejmiemy decyzję o ich przejściu.
2. Gdy otrzymujemy wniosek o przejście opłacania Składek, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
3. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu,
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową, w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
4. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
5. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrost Ubezpieczonego,
 - b) wysokości Składki, którą pomniejszamy o:
 - składkę za tę Umowę Dodatkową i
 - Regularną Składkę Kapitałową – jeśli ją opłacasz,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.
3. Składka za Umowę Dodatkową zmienia się w przypadku zmiany Składki.
4. W okresie, w którym przejmujemy opłacanie Składek, nie możesz dokonywać zmian w Umowie, które powodują podwyższenie Składki.

ART. 6 W JAKI SPOSÓB SPEŁNIMY ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Jeśli wystąpi Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, to spełnimy świadczenie poprzez przejęcie opłacania Składek, z wyjątkiem Regularnej Składki Kapitałowej.
2. Zwrócimy Ci Składki pomniejszone o Regularne Składki Kapitałowe, które opłaciłeś po spełnieniu warunków do przejęcia opłacania Składek, a przed podjęciem przez nas decyzji o takim przejęciu.
3. Jeśli w czasie trwania całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej na Twój wniosek podwyższyliśmy Sumę Ubezpieczenia i składkę za Umowę Główną, to:
 - a) do ustalenia świadczenia ubezpieczeniowego bierzemy pod uwagę Składkę, która obowiązywała przed tym podwyższeniem,
 - b) uznajemy to podwyższenie za niebyłe.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE, ABYŚMY PRZEJĘLI OPŁACANIE SKŁADEK

Abysmy mogli ustalić, czy i na jaki okres przejąć opłacanie Składek, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE PRZEJMIEMY OPŁACANIA SKŁADEK

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie przejmujemy opłacania Składek także wtedy, gdy Niezdolność do Pracy nastąpiła:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego,
- c) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
- d) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
- e) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
- f) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony - chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- h) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW

MATERIAL REKLAMOWY

Podstawowa korzyść

- Wskazanym przez Ciebie osobom wypłacimy dodatkową kwotę, która powiększy wypłatę z ubezpieczenia na życie.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, to 1 000 000 zł.

Warto wiedzieć

Nieszczęśliwy wypadek to nagłe i niespodziewane zdarzenie, którego przyczyna jest zawsze zewnętrzna – nie może nią być np. choroba.

Zwróć uwagę

Pieniądze z ubezpieczenia na życie wypłacimy uprawnionym do tego osobom – niezależnie od wyniku postępowania spadkowego.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Osoba uprawniona może wnioskować o wypłatę pieniędzy, wysyłając skany potrzebnych dokumentów na adres: bok@allianz.pl.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (SNW/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (SNW/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która

wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu

9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. W razie Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo zaprzestaje go uprawiać oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochronę ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
4. Jeśli śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu jego śmierci. Jeśli taka śmierć Ubezpieczonego następuje po zakończeniu Umowy Dodatkowej, w czasie której miał miejsce Nieszczęśliwy Wypadek, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązywała w ostatnim dniu tej umowy.
2. Pieniądze wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego zgodnie z OWU albo Ogólnymi warunkami umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, chyba że Ubezpieczony ten wskazał inne osoby.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej wniosek o wypłatę,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, wskutek którego następuje śmierć Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony - chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Śmierć wskutek NW komunikacyjnego

MATERIAŁ REKLAMOWY

Podstawowa korzyść

Wskazanym przez Ciebie osobom wypłacimy dodatkową kwotę, która powiększy wypłatę z ubezpieczenia na życie.

Warto wiedzieć

Wypadek komunikacyjny to wypadek, któremu uległ kierujący pojazdem drogowym (takim jak np.: samochód, rower czy motocykl), pasażer m.in. samochodu, samolotu, pociągu i statku lub pieszy.

Zwróć uwagę

Pieniądze z ubezpieczenia na życie wypłacimy uprawnionym do tego osobom – niezależnie od wyniku postępowania spadkowego.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Osoba uprawniona może wnioskować o wypłatę pieniędzy, wysyłając skany potrzebnych dokumentów na adres: bok@allianz.pl.



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SWK/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SWK/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
4. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe, gdy Ubezpieczony umiera wskutek Wypadku Komunikacyjnego; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
5. **Śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, która następuje w ciągu 180 dni od tego wypadku
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
8. **Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek, który powstał w ruchu drogowym, powietrznym albo wodnym i któremu uległ Ubezpieczony, jako:
 - a) pieszy,
 - b) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego albo pasażerskiego statku wodnego,

- c) pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym (w rozumieniu ustawy – Prawo o ruchu drogowym), rowerem, motorowerem albo zaprzęgiem konnym,
- d) kierujący pojazdem szynowym

9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Wypadku Komunikacyjnego, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego, wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochroną ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego, albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową, albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
4. Jeśli śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACIMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku Komunikacyjnego wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu jego śmierci. Jeśli taka śmierć Ubezpieczonego

następuje po zakończeniu Umowy Dodatkowej, w czasie której miał miejsce Wypadek Komunikacyjny, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązywała w ostatnim dniu tej umowy.

2. Pieniądże wypłacamy osobom, które są uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego zgodnie z OWU albo Ogólnymi warunkami umowy dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie, chyba że Ubezpieczony ten wskazał inne osoby.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby, która składa wniosek o wypłatę,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Wypadku Komunikacyjnego,
- d) skróconego odpisu aktu zgonu a także kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Wypadek Komunikacyjny, wskutek którego następuje śmierć Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony - chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego,
- e) w związku z udziałem Ubezpieczonego w następujących zajęciach: kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, żeglarstwo morskie lub oceaniczne.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Kalectwo po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Wyplacimy Ci pieniądze w razie wystąpienia ponad 40 poważnych skutków wypadków, takich jak: złamania kości, oparzenia oraz uszkodzenia najważniejszych narządów wewnętrznych.

Warto wiedzieć

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, która może wynosić 1 000 000 zł.

Zwróć uwagę

Każda wypłata to określony procent sumy ubezpieczenia, który znajdziesz w tabeli zamieszczonej w warunkach ubezpieczenia.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KNW/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 6 ust. 2–6 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KNW/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – uszkodzenie ciała Ubezpieczonego:
 - a) na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, i
 - b) które powstało nie później niż w 180. dniu od tego wypadku.Uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, które są objęte ubezpieczeniem znajdziesz w tym dokumencie – w tabeli kalectwa
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której obliczamy jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. W razie Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z tabelą kalectwa.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Pałisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu albo go zaprzestaje oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej ograniczamy ochroną ubezpieczeniową, którą obejmujemy Ubezpieczonego albo
 - c) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.

4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) w propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej znosimy w całości lub części dotychczasowe ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmujemy Ubezpieczonego.
5. Jeśli Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli wystąpi Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiedni, zgodny z tabelą kalectwa, procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Łączna kwota wypłat nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, także wtedy gdy:
 - a) Ubezpieczony doznaje więcej niż jednego Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi.

3. W przypadku różnych oparzeń, które są skutkiem tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy pieniądze z jednej pozycji tabeli kalectwa – tej, która przewiduje najwyższy procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. Za wszystkie złamania, które są skutkiem tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacamy pieniądze z jednej pozycji tabeli kalectwa – tej, która przewiduje najwyższy procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
5. Jeśli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczony dozna wielu uszkodzeń w obrębie tej samej kończyny, to wypłata za te uszkodzenia nie może być wyższa od kwoty, którą zgodnie z tabelą kalectwa wypłacilibyśmy za utratę tej kończyny.
6. Jeśli w jednej pozycji tabeli kalectwa wymieniamy więcej niż jedno Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i są one skutkiem tego samego wypadku, to wypłacamy pieniądze tylko za jedno z nich.

Tabela kalectwa

Pojęcia, których używamy w tabeli kalectwa, oznaczają:

- a) **encefalopatia pourazowa** – narastający zespół psycho-organiczny, który występuje po przebyciu, udokumentowanym urazie głowy, oraz zmiany w układzie nerwowym, które są potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
- b) **oparzenie** – uszkodzenie powierzchni ciała na skutek działania wysokiej temperatury lub czynnika chemicznego,
- c) **unieruchomienie stawu** – deficyt ruchomości globalnej stawu biodrowego, barkowego, kolanowego i łokciowego większy niż 50% normy ruchomości stawu przyjętej w medycynie,
- d) **TBSA** (ang. total body surface area) – całkowita powierzchnia ciała,
- e) **utrata** – amputacja lub całkowita i trwałą utrata funkcji organu.

Pozycja	Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
1	Obustronna utrata wzroku rozumiana jako ostrość widzenia [V] = 0,0 po korekcji dla prawego i lewego oka	100 %
2	Utrata jednego oka lub całkowita utrata widzenia jednym okiem rozumiana jako ostrość widzenia [V] = 0,0 po korekcji	50 %
3	Utrata słuchu w jednym uchu (rozpoznawana, gdy średni próg słyszalności dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz jest wyższy niż 70 dB dla danego ucha)	50 %
4	Pourazowa encefalopatia powodująca niezdolność do samodzielnej egzystencji, z koniecznością stałej opieki osób trzecich	100 %
5	Pozostałe przypadki encefalopatii pourazowej	75 %
6	Utrata kończyny górnej na wysokości stawu barkowego	75 %
7	Utrata dłoni na wysokości stawu promieniowo-nadgarstkowego	55 %
8	Unieruchomienie stawu barkowego	40 %
9	Unieruchomienie stawu łokciowego	30 %
10	Utrata co najmniej trzech palców jednej dłoni (bez kciuka), w tym co najmniej jednego poniżej stawu międzypaliczkowego dalszego	30 %
11	Amputacja kciuka pomiędzy stawem międzypaliczkowym a dłonią	10 %
12	Utrata kończyny dolnej na wysokości stawu biodrowego	75 %
13	Utrata stopy pomiędzy stawem śródstopno-palcowym a stawem skokowym	40 %
14	Unieruchomienie stawu biodrowego	40 %

Pozycja	Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
15	Unieruchomienie stawu kolanowego	30 %
16	Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm	10 %
17	Pourazowy krwiak mózgowy lub uraz mózgu lub rdzenia kręgowego	60 %
18	Uszkodzenie serca lub tętnicy głównej (aorty) wymagające operacyjnego leczenia chirurgicznego	30 %
19	Uszkodzenie co najmniej jednego narządu jamy brzusznej (z wyłączeniem narządów układu moczowo-płciowego) leczone operacyjnie	15 %
20	Uszkodzenie co najmniej jednego narządu układu moczowo-płciowego leczone operacyjnie z wyłączeniem zabiegów wykonywanych technikami endoskopowymi z dostępu przez cewkę moczową	15 %
21	Uszkodzenie co najmniej jednego płuca lub optycznej leczone operacyjnie z wyłączeniem uszkodzenia wymagającego jedynie drenażu optycznej	15 %
22	Złamanie co najmniej jednej kości czaszki, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie kości twarzoczaszki	15 %
23	Złamanie co najmniej jednej kości twarzoczaszki, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie łącznie kości nosa i zębów	10 %
24	Złamanie topatki	5 %
25	Złamanie obojczyka	5 %
26	Złamanie kości ramiennej, z wyłączeniem kości stawu łokciowego	3 %
27	Złamanie kości w obrębie stawu łokciowego lub złamanie kości przedramienia, z wyłączeniem złamania tylko w obrębie kości nadgarstka	3 %
28	Złamanie mostka, z wyłączeniem skutków reanimacji	5 %

Pozycja	Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
29	Złamanie kości miednicy	10%
30	Złamanie w obrębie kości stawu biodrowego	10%
31	Złamanie kości udowej, z wyłączeniem części kości udowej będącej elementem stawu biodrowego lub stawu kolanowego	5%
32	Złamanie kości podudzia, z wyłączeniem części kości podudzia będących elementem stawu kolanowego	3%
33	Złamanie w obrębie kości tworzących staw kolanowy	3%
34	Złamanie kości krzyżowej lub ogonowej kręgosłupa	5%
35	Złamanie co najmniej jednego trzonu kręgu bez poraż, z wyłączeniem kości krzyżowej lub ogonowej	5%
36	Oparzenie II stopnia od 5% do 15% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	5%

Pozycja	Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej
37	Oparzenie II stopnia powyżej 15% i nie więcej niż 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	15%
38	Oparzenie II stopnia powyżej 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	30%
39	Oparzenie III stopnia do 5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	5%
40	Oparzenie III stopnia powyżej 5% i nie więcej niż 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	30%
41	Oparzenie III stopnia powyżej 30% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	60%
42	Oparzenie IV stopnia powyżej 1% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	60%
43	Uszkodzenie organizmu, które nie jest wymienione w tej tabeli	0%

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Kalectwie wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz:

- wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby,
- dokumentów, które potwierdzają Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który powoduje uszkodzenie ciała Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce:

- w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Uszczerbek na zdrowiu i rehabilitacja po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Wyptacimy Ci pieniądze w razie uszczerbków na zdrowiu spowodowanych wypadkiem – najczęstsze z nich to: złamania, skręcenia, oparzenia, blizny.
- Zapewnimy Ci również zwrot wydatków na rehabilitację.

Warto wiedzieć

Możesz otrzymać wiele wyptat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, która może wynosić 200 000 zł (dotyczy osób dorosłych) i 100 000 zł (dotyczy dzieci).

Zwróć uwagę

- Za uszczerbek na zdrowiu wyptacimy określony procent sumy ubezpieczenia, który znajdziesz w tabeli zamieszczonej w warunkach ubezpieczenia.
- Za rehabilitację możesz otrzymać do 15% tej sumy.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU I REHABILITACJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (UR/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 4 Art. 6 ust. 3 Art. 9 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU I REHABILITACJI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (UR/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakimi są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Rehabilitacji** – koszty procesu leczniczego, w tym koszty zaopatrzenia ortopedycznego Ubezpieczonego (z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych), które zostały poniesione w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem, w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku. Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz:
 - a) ma na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych lub zaburzonych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku czynności uszkodzonego narządu lub narządów,
 - b) jest prowadzone na terenie Polski i pod kontrolą lekarza,
 - c) jest realizowane metodami kinezyterapii i fizykoterapiiKoszty badań, które wykonuje Ubezpieczony, nie są Kosztami Rehabilitacji.
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, na podstawie której:
 - a) obliczamy, jakie świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy Ubezpieczonemu w przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, oraz
 - b) ustalamy maksymalną kwotę zwrotu w przypadku poniesienia Kosztów Rehabilitacji.Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumentacie Ubezpieczenia

6. **Tabela Procentowego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (Tabela)** – dokument, który zawiera listę Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu objętych ubezpieczeniem wraz z przypisanymi im procentami uszczerbku
7. **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu** – utrwalone dolegliwości, które zmniejszają sprawność poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu lub zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy, które:
 - a) są następstwem Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) powstają w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku
8. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
9. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
10. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
11. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego oraz
 - b) zwrot Kosztów Rehabilitacji Ubezpieczonego – do 15% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli Ubezpieczony dozna Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, to wypłacamy odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej – zgodnie z Tabelą.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu o charakterze nawykowym, zmęczeniuowym lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, który to uszczerbek jest potwierdzony w dokumentacji medycznej, ani Kosztów Rehabilitacji, które są związane z takim uszczerbkiem.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upływie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.

2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu,
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu lub Nieszczęśliwy Wypadek, który powoduje konieczność poniesienia Kosztów Rehabilitacji, są skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrostu Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY ZA TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU ORAZ KOMU I ILE PIENIĘDZY ZWRACAMY ZA KOSZTY REHABILITACJI (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. W przypadku Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego wypłacamy mu odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Kwotę wypłaty obliczamy, mnożąc:
 - a) Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z dnia Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) procent uszczerbku wskazany w Tabeli dla danego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.
2. Jeśli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku u Ubezpieczonego powstaje więcej niż jeden Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, to sumujemy wypłaty za te uszczerbki.
3. Maksymalna kwota wypłaty za skutki tego samego Nieszczęśliwego Wypadku to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. W razie utraty lub uszkodzenia narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem przed Nieszczęśliwym Wypadkiem na skutek innego urazu, choroby lub wady wrodzonej, to stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określamy jako różnicę pomiędzy:
 - a) aktualnym stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu po Nieszczęśliwym Wypadku a
 - b) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu przed tym wypadkiem.Jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed Nieszczęśliwym Wypadkiem, to przyjmujemy, że wcześniejszy trwały uszczerbek nie istniał.
5. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu dotyczy narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu, za który wypłaciliśmy pieniądze, to stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu określamy jako różnicę pomiędzy:
 - a) stopniem Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu po Nieszczęśliwym Wypadku a
 - b) stopniem Trwałego Uszczerbku za Zdrowiu, za który wypłaciliśmy pieniądze.

6. Oceny Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego dokonują nasi upoważnieni pracownicy lub wskazani przez nas lekarze.
7. Stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu powinien być ustalony:
 - a) po zakończeniu leczenia, w tym zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego,
 - b) nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od dnia Nieszczęśliwego Wypadku i nie później niż po 24 miesiącach od tego wypadku; późniejsza zmiana stopnia Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje zmiany wysokości wypłaty za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu.
8. Jeżeli zgodnie z opinią wskazanego przez nas lekarza okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, to po upływie 6 miesięcy Ubezpieczony może złożyć wniosek o wcześniejszą wypłatę bezspornej części świadczenia za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu, która zgodnie z naszymi przewidywaniami będzie przysługiwać po zakończeniu leczenia. Wysokość tej części świadczenia określamy na podstawie:
 - a) dokumentów, które przedstawia Ubezpieczony, oraz
 - b) ustaleń wskazanego przez nas lekarza.
9. Zwracamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Rehabilitacji, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu, to 15% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacamy w złotych polskich. Jeśli Koszty Rehabilitacji zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Trwałym Uszczerbku na Zdrowiu lub o poniesieniu Kosztów Rehabilitacji oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Trwały Uszczerbek na Zdrowiu – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego,
- e) dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby,
- f) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Rehabilitacji; faktura lub rachunek musi zawierać wskazanie osoby, która poddała się rehabilitacji.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony doznał Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub poniósł Koszty Rehabilitacji, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

TABELA PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (TPU/TZ/3/2022)

Tabelę stosujemy do Umowy dodatkowej w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku.

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
A	UKŁAD NERWOWY		
1	Porażenia i niedowłady po urazach wewnątrzczaszkowych		
	001	Porażenie lub głęboki niedowład połowiczny, porażenie lub głęboki niedowład obu kończyn dolnych, uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0°-2° wg Lovetta)	100%
	002	Umiarkowany niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (3° wg Lovetta)	60%
	003	Niewielki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° wg Lovetta)	30%
	004	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 0°	50%
	005	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 1°-2°	35%
	006	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 3°-4°	25%
	007	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 0°	40%
	008	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 1°-2°	30%
	009	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 3°-4°	20%
SKALA LOVETTE'A: 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej; 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej; 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej; 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej; 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej; 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej;			
2	Zespoły pozapiramidowe		
	010	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu znacznym	100%
	011	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu umiarkowanym	60%
	012	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu niewielkim	20%
3	Zespoły mózdkowe		
	013	Zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie	100%
	014	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w znacznym stopniu	70%
	015	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w umiarkowanym stopniu	50%
	016	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w niewielkim stopniu	20%
4	Padaczka jako izolowane następstwo urazu		
	017	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z częstymi napadami (powyżej 4 miesięcznie)	50%
	018	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z napadami od 2 do 4 miesięcznie	30%
	019	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z z rzadkimi napadami poniżej 2 miesięcznie	10%
Podstawą rozpoznania padaczki są: typowe napady, zmiany w zapisie EEG z cechami charakterystycznymi dla tej choroby, dokumentacja leczenia neurologicznego z badaniami TK/MR. Uwaga: Jeśli rozpoznaniu padaczki towarzyszy encefalopatia, wtedy ocena dokonywana jest wyłącznie według pkt. 5 (pozycje 020-022).			
5	Encefalopatia pourazowa		
	020	Encefalopatia pourazowa ze znacznymi zmianami otępiennymi lub dużym deficytem neurologicznym	100%
	021	Encefalopatia pourazowa ze średnimi zmianami otępiennymi lub średnim deficytem neurologicznym	50%

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	022	Encefalopatia pourazowa z niewielkimi zmianami otepiennymi lub niewielkim deficytem neurologicznym	25%
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być udokumentowane diagnostyką i leczeniem neurologicznym lub psychiatrycznym, obecnością zmian w EEG, TK/MR mózgu oraz typowymi odchyleniami w wynikach testów psychologicznych.			
6	Inne zespoły pourazowe OUN - po urazach głowy lub ciężkich urazach ciała		
	023	Zaburzenia nerwicowe znacznego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez nas	20%
	024	Zaburzenia nerwicowe umiarkowanego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez nas	10%
	025	Zaburzenia nerwicowe lekkiego stopnia udokumentowane sześciomiesięczną historią choroby z leczenia u psychiatry (wskażane badanie orzecznicze psychiatry)	5%
	026	Wstrząśnienie mózgu rozpoznane szpitalnie	2%
	027	Stłuczenie mózgu lub krwotok wewnątrzczaszkowy, bez utrwalonego zespołu neurologicznego, leczone zachowawczo (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu)	5%
	028	Krwotok wewnątrzczaszkowy leczony operacyjnie, bez utrwalonego zespołu neurologicznego (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/ MR mózgu)	10%
7	Zaburzenia mowy		
	029	Afazja całkowita	100%
	030	Afazja umiarkowanego stopnia	60%
	031	Afazja niewielkiego stopnia	30%
8	Pourazowe zespoły podwzgórzowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność i niedoczynność tarczycy itp.)		
	032	Pourazowe zespoły podwzgórzowe nieznacznie upośledzające czynność organizmu	20%
	033	Pourazowe zespoły podwzgórzowe umiarkowanie upośledzające czynność organizmu	40%
	034	Pourazowe zespoły podwzgórzowe znacznie upośledzające czynność organizmu	60%
9	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej: okoruchowego, błotkowego, odwodzącego		
	035	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu i opadaniem powieki oraz z zaburzeniami akomodacji	30%
	036	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu i opadaniem powieki	20%
	037	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu bez opadania powieki	10%
	038	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z zaburzeniami akomodacji lub innymi zaburzeniami czynności mięśni wewnętrznych oka	5%
Uwaga: w przypadku uszkodzenia części zewnętrznej i wewnętrznej nerwu okoruchowego oba uszczerbki podlegają sumowaniu, ale łączna wartość nie może przekroczyć 40%.			
10	Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego		
	039	Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego – za jedną gałąź	5%
11	Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarzowego		
	040	Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarzowego	20%
12	Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego		
	041	Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego (obu nerwów) – z zaburzeniami mowy, połykania, oddechu oraz zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego	40%
13	Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego lub podjęzykowego		
	042	Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego	10%
	043	Uszkodzenie całkowite nerwu podjęzykowego	20%
14	Izolowane całkowite uszkodzenia nerwów obwodowych		
	044	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	15%
	045	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piersiowego długiego	15%
	046	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pachowego	20%
	047	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu mięśniowo-skórnego	20%

048	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego powyżej odejścia gałęzi do mięśnia trójkątowego ramienia	30%
049	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego poniżej odejścia gałęzi do mięśnia trójkątowego ramienia	20%
050	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	15%
051	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	10%
052	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie ramienia	30%
053	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie nadgarstka	15%
054	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu łokciowego	20%
055	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25%
056	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	40%
057	Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	10%
058	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu zastonowego	15%
059	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu udowego	30%
060	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwów pośladkowych	20%
061	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu sromowego wspólnego	20%
062	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	40%
063	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piszczelowego	30%
064	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu strzałkowego	20%
065	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu lędźwiowo-krzyżowego	60%
066	Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	10%

Uwaga: w przypadku częściowego uszkodzenia nerwów, oceny z pozycji 039-066 odpowiadają połowie wartości przewidzianej za całkowite uszkodzenie nerwu.

B GŁOWA

15 Uszkodzenia powłok czaszki

067	Oskalpowanie – od 20% do 50% skóry owłosionej	20%
068	Oskalpowanie – powyżej 50% skóry owłosionej	30%

Uwaga: według pozycji 067-068 oceniane są ubytki nieuzupełnione trwale owłosieniem.

16 Złamania kości czaszki

069	Złamania kości czaszki – w obrębie sklepienia czaszki	5%
070	Złamania kości czaszki – w obrębie podstawy czaszki	10%

17 Pourazowe ubytki kości czaszki

071	Pourazowy ubytek kości czaszki – poniżej 10 cm ²	5%
072	Pourazowy ubytek kości czaszki – od 10 do 40 cm ²	10%
073	Pourazowy ubytek kości czaszki – powyżej 40 cm ²	20%

Uwaga: w przypadkach urazów obejmujących uszkodzenia zarówno powłoki czaszki, jak i kości sklepienia i podstawy czaszki, następstwa poszczególnych obrażeń podlegają sumowaniu. łączna suma uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 40%.

18 Powiktania po urazach głowy

074	Nawracający płynotok, ropowica powłok czaszki, przewlekłe zapalenie kości, przepuklina mózgowa – leczone operacyjnie	10%
-----	--	-----

C TWARZ

19 Powłoki twarzy

075	Oszpecenie – bez zaburzeń funkcji – blizny poniżej 5 cm, z wyłączeniem blizn po oparzeniach	5%
076	Oszpecenie – bez zaburzeń funkcji – blizny od 5 cm, z wyłączeniem blizn po oparzeniach	10%
077	Oszpecenie z zaburzeniami funkcji jak ślinotok, zaburzenia przyjmowania pokarmów, mowy, oddychania, czynności powiek – dodatkowo za każde zaburzenie	10%

20 Nos

078	Złamanie kości nosa niewymagające repozycji	1%
-----	---	----

079	Złamanie kości nosa wymagające repozycji lub zniekształcenie pourazowe nosa – bez zaburzeń powonienia i oddychania	3%
080	Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia lub oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy	10%
081	Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia i oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy	20%
082	Utrata nosa w całości – łącznie z kośćmi nosa	30%

Uwaga: zaburzenia powonienia lub oddychania z pozycji 078- 081 powinny zostać udokumentowane badaniami dodatkowymi i konsultacjami specjalistycznymi.

21 Zęby

083	Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie siekaczy lub kłów – za każdy ząb	0,50%
084	Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie pozostałych zębów – za każdy ząb	0,25%
085	Utrata całej korony lub całego zęba (dot. siekaczy lub kłów) – za każdy ząb	1,50%
086	Utrata całej korony lub całego zęba (dot. zębów innych niż siekacze i kły) – za każdy ząb	1%

22 Uszkodzenia kości: oczodołu, jarzmowej, szczęki, żuchwy, zatoki, stawu skroniowo-żuchwowego

087	Wygojone bez przemieszczeń	2%
088	Wygojone z niewielkim przemieszczeniem	4%
089	Wygojone ze średnim przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i niewielkim upośledzeniem żucia	12%
090	Wygojone z dużym przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i znacznym upośledzeniem lub częściowa utrata szczęki lub żuchwy	25%
091	Utrata częściowa szczęki lub żuchwy z utratą zębów, asymetrią zgryzu, znacznym zaburzeniem otwierania jamy ustnej i upośledzeniem odżywiania	35%
092	Utrata całkowita: szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów)	50%

23 Język, podniebienie, przedsionek jamy ustnej, wargi

093	Ubytek powyżej 2 cm ² – bez zaburzeń mowy i potykania	2%
094	Ubytek z zaburzeniami mowy i potykania	15%
095	Ubytek z zaburzeniami mowy i potykania oraz zaburzeniami odżywiania	35%
096	Całkowita utrata języka	50%

D NARZĄD WZROKU

24 Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach

097	Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia w jednym lub w obojgu oczach – tabela ostrości wzroku												
	Oko prawe												
	Oko lewe	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0	
1,0		0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	
0,9		2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	
0,8		5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	
0,7		7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	
0,6		10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	
0,5		12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	
0,4		15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	
0,3		20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	
0,2		25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	
0,1		30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	
0		35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%	

Uwaga: ostrość wzroku należy ocenić po korekcji szklami zarówno w przypadku zmętnienia rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzeń siatkówki lub nerwu wzrokowego. Dwojenie wymagające podczas pracy zastąpienia jednego oka odpowiada całkowitej utracie widzenia w jednym oku.

25 Porażenie nastawności (akomodacji)

098	Porażenie nastawności (akomodacji) bez zaburzeń ostrości wzroku po zastosowaniu szkieł korekcyjnych jednego oka	15%
-----	---	-----

26	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drgających, chemicznych, termicznych, elektrycznych lub wskutek nagłego działania pola elektromagnetycznego – bez upośledzenia ostrości wzroku			
099	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – blizny rogówki		1%	
100	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce oczodołu		5%	
101	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe		10%	
27	Pourazowe zwężenie pola widzenia			
102	Tabela oceny zwężenia pola widzenia			
	Zwężenie do stopni	przy nienaruszonym drugim oku	w obojgu oczach	przy całkowitej utracie widzenia w drugim oku
	60	0%	0%	35%
	50	5%	10%	45%
	40	10%	20%	55%
	30	15%	40%	65%
	20	20%	60%	75%
	10	25%	75%	85%
	poniżej 10	35%	90%	100%
28	Niedowidzenia połowicze			
103	Niedowidzenia połowicze – dwuskroniowe		60%	
104	Niedowidzenia połowicze – dwunosowe		30%	
105	Niedowidzenia połowicze – jednoimienne górne		10%	
106	Niedowidzenia połowicze – jednoimienne dolne		30%	
107	Inne jednooczne ubytki pola widzenia		5%	
29	Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji			
108	Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – jednego oka – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji		15%	
30	Zaburzenia drożności przewodów łzowych			
109	Zaburzenia drożności przewodów łzowych w jednym oku		8%	
31	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek			
110	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – niewielkie zmiany		3%	
111	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – duże zmiany – udokumentowane co najmniej 6-miesięcznym leczeniem okulistycznym		8%	
32	112	Zaćma pourazowa, pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość, jaskra pourazowa, odwarstwienie siatkówki pourazowe – z zaburzeniami ostrości wzroku i pola widzenia	Ocena wg tabel ostrości wzroku i pola widzenia	
33	Utrata gałki ocznej			
113	Jednego oka (wartość uszczerbku obejmuje utratę widzenia wg tabeli z pozycji 097)		38%	
114	Obojga oczu		100%	
Uwaga: suma uszczerbków w zakresie jednego oka nie może przekroczyć 38%.				
E	NARZĄD SŁUCHU i RÓWNOWAGI			
34	Uszkodzenia małżowin usznych			
115	Zniekształcenie małżowiny usznej		5%	
116	Utrata całkowita jednej małżowiny		15%	
117	Utrata obu małżowin		30%	
35	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego			
118	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – jednostronne		4%	
119	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – obustronne		8%	
120	Powikłania po przewlekłym ropnym zapaleniu ucha środkowego: perlak, polip, zmiany kostne – dodatkowo		6%	

36	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne				
121	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne – bez upośledzenia słuchu		3%		
37	Uszkodzenie ucha wewnętrznego				
122	Uszkodzenie części słuchowej ucha wewnętrznego		Ocena wg tabeli upośledzenia słuchu		
123	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – niewielkie zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi		10%		
124	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – umiarkowanie nasilone zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi		20%		
125	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – znaczne zawroty głowy z zaburzeniami równowagi utrudniającymi chodzenie, nudności, wymioty		40%		
38	126 Upośledzenie słuchu na skutek: ostrego urazu akustycznego, złamań kości w obrębie ucha środkowego, mechanicznych uszkodzeń nerwu słuchowego, ciężkich urazów głowy, upośledzenia drożności zewnętrznego przewodu słuchowego – ocena na podstawie audiogramu				
Tabela upośledzenia słuchu					
		ucho prawe			
ucho lewe		0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	powyżej 70 dB
0 – 25 dB		0%	5%	10%	20%
26 – 40 dB		5%	15%	20%	30%
41 – 70 dB		10%	20%	30%	40%
powyżej 70 dB		20%	30%	40%	50%
Uwaga: przy ocenie uszczerbku oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeśli różnica pomiędzy wartościami 500 Hz i 2000 Hz przekracza 40 dB, ubytek słuchu oblicza się ze średniej z 4 progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz.					
F	SZYJA, GARDŁO, KRTAŃ, TCHAWICA, PRZEŁYK				
39	Uszkodzenie szyi				
127	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości szyi i głowy		10%		
128	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi ze znacznym ograniczeniem ruchomości i przymusowym ustawieniem głowy		25%		
40	Uszkodzenie gardła				
129	Uszkodzenia gardła z niewielkim upośledzeniem funkcji		5%		
130	Uszkodzenia gardła ze znacznym upośledzeniem funkcji		15%		
41	Uszkodzenie krtani				
131	Uszkodzenie krtani – niewielkie zwężenie, przewlekła chrypka		10%		
132	Zwężenie krtani – ze świstem krtaniowym, dusznością wysiłkową		20%		
133	Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i zaburzeniem głosu		40%		
134	Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i bezgłosem		60%		
Uwaga: uszkodzenie krtani powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych lub endoskopowych.					
42	Uszkodzenie tchawicy				
135	Uszkodzenie tchawicy – z niewielkim zwężeniem, bez duszności		5%		
136	Uszkodzenie tchawicy – ze zwężeniem i dusznością wysiłkową		20%		
137	Uszkodzenie tchawicy – ze znacznym zwężeniem i dusznością spoczynkową		60%		
Uwaga: uszkodzenie tchawicy powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych lub endoskopowych.					
43	Uszkodzenie przełyku				
138	Uszkodzenie przełyku – ze zwężeniem, bez zaburzeń funkcji		5%		
139	Zwężenie przełyku – z zaburzeniami połykania, bez upośledzenia stanu odżywienia		10%		
140	Zwężenie przełyku – z zaburzeniami połykania i upośledzeniem stanu odżywienia		30%		
141	Niedrożność całkowita przełyku – stała przetoka żołądkowa		80%		
Uwaga: przy ocenie skutków urazu przełyku niezbędna jest dokumentacja z leczenia specjalistycznego zawierająca wyniki badań obrazowych i endoskopowych.					

G KLATKA PIERSIOWA			
44	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu		
142	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu niewielkim		10%
143	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu umiarkowanym		20%
144	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu znacznym		40%
45	Utrata całkowita brodawki sutkowej lub sutka		
145	Całkowita utrata brodawki sutkowej u mężczyzny		5%
146	Całkowita utrata brodawki sutkowej u kobiety		10%
147	Całkowita utrata jednego sutka u mężczyzny		20%
148	Całkowita utrata jednego sutka u kobiety		25%
Uwaga: w przypadku częściowej utraty brodawki sutkowej lub sutka oceny dokonuje się przy zastosowaniu pkt. 45 oraz pozycji 145-148 adekwatnych dla całkowitej utraty brodawki i sutka, przy czym wartość uszczerbku odpowiada połowie wartości przewidzianej za całkowitą utratę.			
46	Złamanie żeber i mostka		
149	Złamanie jednego żebra – za każde żebro		1%
150	Złamanie wielu żeber – ze zniekształceniami i trwałym zmniejszeniem wydolności oddechowej w stopniu umiarkowanym lub znacznym potwierdzonym co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną		25%
151	Złamanie mostka – bez zniekształceń		3%
152	Złamanie mostka wygojone ze znacznym zniekształceniem		8%
153	Powikłania po złamaniu żeber lub mostka: przewlekłe zapalenie kości z obecnością przetok – dodatkowo		10%
Uwaga: złamanie żeber i mostka powinno być potwierdzone badaniem radiologicznym.			
47	Pourazowe przepukliny przeponowe		
154	Pourazowe przepukliny przeponowe – bez trwałych zaburzeń funkcji		5%
155	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przetyku lub żołądka		10%
156	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną		20%
157	Pourazowe przepukliny przeponowe – z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną oraz zaburzeniami krążenia (ocena wg klasyfikacji NYHA)		40%
48	Uszkodzenie płuca i optucnej		
158	Uszkodzenie płuc, optucnej – bez zmniejszenia wydolności oddechowej		5%
159	Uszkodzenie płuc, optucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej niewielkiego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 70-80% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy		10%
160	Uszkodzenie płuc, optucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej średniego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 50-70% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy		20%
161	Uszkodzenie płuc, optucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej znacznego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC < 50% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy		40%
162	Uszkodzenie płuc, optucnej – powikłanie przetokami oskrzelowymi lub ropniami płuc – dodatkowo		15%
49	Uszkodzenia serca i osierdzia		
163	Uszkodzenie serca, osierdzia – z wydolnym układem krążenia		10%
164	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami wyrównanej niewydolności układu krążenia (I° – wg NYHA, EF > 50%, niewielkie zaburzenia kurczliwości)		15%
165	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (II° – wg NYHA, EF 46-50%)		30%
166	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (III° – wg NYHA, EF 35-45%)		50%
167	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (IV° – wg NYHA, EF <35%)		80%

Klasyfikacja NYHA – do oceny stanu czynnościowego serca

Klasa I: choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca ani bólów wieńcowych

Klasa II: choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe

Klasa III: choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe

Klasa IV: choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort

EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY: ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca.

Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

H	JAMA BRZUSZNA		
50	Uszkodzenie powłok jamy brzusznej		
168	Przetoki skórne, przewlekłe powiktania ropne, znaczne ubytki skórne i mięśniowe		10%
51	Uszkodzenia żołądka, jelita, sieci, krezki		
169	Uszkodzenie bez trwałych zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego		5%
170	Uszkodzenie z niewielkimi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i dostatecznym stanem odżywiania		10%
171	Uszkodzenie z zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i niedożywieniem		30%
172	Uszkodzenie z koniecznością żywienia pozajelitowego		50%
52	Przetoki jelitowe, odbytu sztuczny		
173	Czasowe przetoki jelita cienkiego		10%
174	Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące niewielkie zanieczyszczanie się, bez zmian zapalnych skóry wokół przetoki, z dobrym stanem odżywiania		30%
175	Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące znaczne zanieczyszczanie się, ze zmianami zapalnymi skóry wokół przetok lub z niedostatecznym stanem odżywiania		60%
176	Czasowe przetoki jelita grubego		10%
177	Trwałe przetoki jelita grubego powodujące niewielkie zanieczyszczanie się		20%
178	Trwałe przetoki jelita grubego powodujące znaczne zanieczyszczanie się		50%
53	Uszkodzenia odbytnicy, zwieracza odbytu		
179	Pełnościennne uszkodzenie odbytnicy bez trwałych zaburzeń funkcji		5%
180	Wypadanie błony śluzowej odbytnicy / przetoka okołoodbytnicza		10%
181	Wypadanie całkowite odbytnicy		30%
182	Uszkodzenie zvarcia odbytu niepowodujące nietrzymania gazów i stolca (blizny, zwężenie)		15%
183	Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące trwałe nietrzymanie gazów i stolca		50%
54	Uszkodzenia wątroby, pęcherzyka i przewodów żółciowych		
184	Uszkodzenie – bez trwałych zaburzeń funkcji – leczone zachowawczo w szpitalu		5%
185	Uszkodzenie z umiarkowanym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa B w klasyfikacji Childa–Pugha) lub dróg żółciowych		15%
186	Uszkodzenie ze znacznym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa C w klasyfikacji Childa–Pugha) lub dróg żółciowych		30%
187	Uszkodzenie – z resekcją części wątroby / dróg żółciowych – bez upośledzenia funkcji wątroby lub dróg żółciowych		10%
188	Uszkodzenie z resekcją części wątroby / dróg żółciowych z upośledzeniem funkcji wątroby lub dróg żółciowych		30%

Klasyfikacja zaburzeń funkcji wątroby wg Childa–Pugha

Badany parametr	Punkty		
	1	2	3
Albumina w surowicy (g/dl)	Powyżej 3,5	3,5-2,8	Poniżej 2,8
Bilirubina w surowicy (mg/dl)	Poniżej 2	2-3	Powyżej 3
Czas protrombinowy (sek. powyżej normy)	Do 4	4-6	Powyżej 6
Wodobrzusze	Brak	+	++
Encefalopatia	Brak	I°-II°	III°-IV°
Suma punktów	5-6	7-9	10-15
Grupa	A	B	C

55	Uszkodzenia trzustki	
189	Uszkodzenie trzustki – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
190	Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją trzustki – bez zaburzeń jej funkcji	10%
191	Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją i umiarkowanymi zaburzeniami funkcji	30%
192	Uszkodzenie trzustki – z całkowitą resekcją i znacznym zaburzeniem funkcji	60%
56	Uszkodzenie śledziony	
193	Pęknięcie śledziony potwierdzone badaniem obrazowym – leczone zachowawczo w szpitalu	4%
194	Pęknięcie śledziony leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	8%
195	Usunięcie uszkodzonej śledziony	15%
57	Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy	
196	Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie	10%
I	NARZĄDY MOCZOWO-PŁCIOWE	
58	Uszkodzenia nerek	
197	Uszkodzenie jednej nerki – bez trwałego upośledzenia funkcji	5%
198	Uszkodzenie jednej nerki z trwałym upośledzeniem funkcji	10%
199	Uszkodzenie obu nerek z trwałym upośledzeniem funkcji	20%
200	Utrata jednej nerki przy prawidłowo działającej drugiej nerce	30%
201	Utrata jednej nerki z upośledzeniem funkcji drugiej nerki	50%
202	Utrata obu nerek	80%
59	Uszkodzenie moczowodu	
203	Uszkodzenie moczowodu – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
204	Uszkodzenie moczowodu – z trwałymi zaburzeniami funkcji układu moczowego	15%
60	Uszkodzenie pęcherza moczowego	
205	Uszkodzenie pęcherza – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
206	Uszkodzenie pęcherza – z trwałymi zaburzeniami funkcji	15%
61	Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego	
207	Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym	25%
208	Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu znacznym	50%
62	Zwężenie cewki moczowej	
209	Uszkodzenie cewki moczowej z niewielkimi utrwalonymi zaburzeniami oddawania moczu	10%
210	Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	20%
211	Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu oraz przewlekłym zakażeniem	30%
63	Utrata prącia	
212	Całkowita utrata prącia	40%
213	Częściowa utrata prącia	20%
64	Uszkodzenia jąder	
214	Wodniak pourazowy jądra	5%
215	Utrata jądra	20%
65	Utrata jajnika	
216	Utrata jednego jajnika	20%
66	Uszkodzenie macicy	
217	Utrata częściowa lub znaczne uszkodzenie macicy	15%
218	Utrata całkowita macicy	40%

67	Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków	
219	Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków – przetrwały zespół bólowy, małe deformacje	2%
220	Uszkodzenia powodujące wypadanie pochwy	10%
221	Uszkodzenie powodujące wypadanie pochwy i macicy	30%
J	KRĘGOSŁUP I RDZEŃ KRĘGOWY	
68	Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego	
222	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z niewielką dysfunkcją	3%
223	Złamanie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy	5%
224	Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
225	Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
226	Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem i niekorzystnym ustawieniem głowy	40%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 40%.		
69	Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego	
227	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	2%
228	Złamanie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	4%
229	Złamanie, zwłknięcie w obrębie kręgosłupa piersiowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 1/2 normy	8%
230	Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem i zniekształceniami	20%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 20%.		
70	Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	
231	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	2%
232	Złamanie w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy	5%
233	Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
234	Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miażdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
235	Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem, zniekształceniami i niekorzystnym ustawieniem tułowia	40%
Uwaga: maksymalny stopień uszczerbku za uszkodzenia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego nie może przekroczyć 40%.		
71	Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościstych i poprzecznych	
236	Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościstych i poprzecznych za każdy wyrostek	1%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku orzeczanego według pozycji 236 wynosi 5%.		
72	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe	
237	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bólowe	5%
238	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów	8%
239	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia	15%
240	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia	25%
241	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bólowe	5%
242	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bóle i zaburzenia czucia	7%
243	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bólowe	5%
244	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów	8%
245	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia	15%
246	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia	25%

247	Bóle guziczne, w tym złamanie kości guzicznej	4%
73	Uszkodzenie rdzenia kręgowego	
248	Porażenie kończyn górnych lub dolnych (0°-1° wg Lovetta) lub głęboki niedowład cztero kończynowy (2° wg Lovetta)	100%
249	Głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° wg Lovetta), niedowład cztero kończynowy (3° wg Lovetta)	80%
250	Umiarkowany niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° wg Lovetta)	60%
251	Niewielki niedowład kończyn górnych (4° wg Lovetta) lub dolnych (4° wg Lovetta) z zaburzeniami funkcji zwieraczy i narządów płciowych	40%
252	Niewielki niedowład kończyn górnych lub dolnych (4° wg Lovetta)	20%
253	Porażenie lub głęboki niedowład jednej kończyny (0°-2° wg Lovetta), zespół stożka rdzenia	30%
254	Niedowład jednej kończyny górnej (3° wg Lovetta)	20%
255	Niedowład jednej kończyny górnej (4° wg Lovetta)	15%
256	Niedowład jednej kończyny dolnej (3° wg Lovetta)	15%
257	Niedowład jednej kończyny dolnej (4° wg Lovetta)	10%
258	Izolowane porażenie / niedowład pęcherza moczowego i odbytu po uszkodzeniu rdzenia na poziomie S2-S4	15%

Uwaga: jeśli skutki urazu nakładają się na istniejące przed urazem choroby kręgosłupa (zwyrodnienie, dyskopatie, wady kręgosłupa, osteoporoza, inne przewlekłe choroby kręgow), wartość przyznanego uszczerbku zostanie zmniejszona o:

20% – przy zmianach chorobowych na tym samym poziomie kręgosłupa,

40% – przy zmianach chorobowych wielomiejscowych w tym samym odcinku kręgosłupa,

60% – przy zmianach kostnych uogólnionych (np. osteoporoza).

Za pourazową uważa się przepuklinę jądra miażdżystego dokonaną (tzn. z uszkodzeniem pierścienia włóknistego) w następstwie dźwignięcia nadmiernego ciężaru, urazu bezpośredniego lub urazu komunikacyjnego. Taki mechanizm powstania przepukliny musi wynikać zarówno z opisu zdarzenia, jak i z dokumentacji medycznej. Nadmierny ciężar, przy przeciętnej budowie ciała, to: dla kobiet: więcej niż 30 kg, dla mężczyzn: więcej niż 50 kg.

K KOŃCZYNA GÓRNA

74 Uszkodzenia łopatki

259	Złamanie łopatki wygojone – bez istotnych zaburzeń funkcji	5%
260	Złamanie łopatki wygojone z niewielkim upośledzeniem funkcji	8%
261	Złamanie łopatki wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i upośledzeniem funkcji	15%
262	Złamanie łopatki wygojone z dużymi przemieszczeniami i dużym upośledzeniem funkcji	30%

75 Uszkodzenia obojczyka

263	Złamanie obojczyka wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
264	Złamanie obojczyka wygojone z niewielkim zaburzeniem ruchomości (do 1/3 normy)	5%
265	Złamanie obojczyka wygojone z umiarkowanym zaburzeniem ruchomości (od 1/3 do 2/3 normy)	10%
266	Złamanie obojczyka wygojone ze znacznym zaburzeniem ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
267	Staw rzekomy obojczyka – dodatkowo	10%
268	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – niewielkie ograniczenie ruchów	5%
269	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – ze znacznym ograniczeniem ruchów, zdolności dźwignienia i znieszczeniem	15%
270	Powikłania po urazie obojczyka: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%

76 Uszkodzenia barku

271	Skręcenie stawu barkowego – z zespołem bólowym lub dyskretną dysfunkcją	2%
272	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – niewielkie ograniczenie ruchomości (do 1/3 normy)	5%
273	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – średnie ograniczenie ruchomości (1/3-2/3 normy)	10%
274	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – znaczne ograniczenie ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
275	Całkowite zeszczywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo korzystne	30%
276	Całkowite zeszczywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo niekorzystne	40%
277	Powikłania po urazie barku: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%

278	Utrata kończyny w barku	75%
279	Utrata kończyny wraz z łopatką	80%
77	Uszkodzenia ramienia	
280	Złamanie trzonu kości ramiennej – wygojone bez przemieszczenia ani zaburzeń funkcji	5%
281	Złamanie kości ramiennej wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	10%
282	Złamanie kości ramiennej wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	15%
283	Złamanie kości ramiennej wygojone ze znacznym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	20%
284	Powikłania po złamaniu kości ramiennej: przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu – dodatkowo	10%
285	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z niewielkim upośledzeniem funkcji	5%
286	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z umiarkowanym upośledzeniem funkcji	8%
287	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – ze znacznym upośledzeniem funkcji	15%
288	Utrata kończyny w obrębie ramienia	70%
78	Uszkodzenia stawu łokciowego	
289	Skręcenie, stłuczenie stawu łokciowego z niewielkim zniekształceniem lub przewlekłym zespołem bólowym	2%
290	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości stawu do 1/3 normy	5%
291	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
292	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego i głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
293	Całkowite zeszywnienie stawu łokciowego w wyniku jego złamań	30%
294	Powikłania po złamaniu w stawie łokciowym: przewlekły stan zapalny, przetoki – dodatkowo	5%
295	Utrata kończyny na wysokości stawu łokciowego	65%
79	Uszkodzenia przedramienia	
296	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka do 1/3 normy	5%
297	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
298	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka powyżej 2/3 normy	20%
299	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z niewielkim zaburzeniem funkcji	5%
300	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z umiarkowanymi zaburzeniami funkcji	12%
301	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia wygojone z dużymi zaburzeniami funkcji	25%
302	Izolowane uszkodzenie mięśni, ścięgien, naczyń w obrębie przedramienia z upośledzeniem funkcji	10%
303	Powikłania po urazie przedramienia: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, staw rze- komy – dodatkowo	5%
304	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	60%
80	Uszkodzenia nadgarstka	
305	Skręcenie, stłuczenie stawu nadgarstkowego z niewielkim zniekształceniem lub przewlekłym zespołem bólowym	2%
306	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości do 1/3 zakresu normy	5%
307	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
308	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 zakresu normy	20%
309	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka w wyniku złamań stawu	30%
310	Powikłania po uszkodzeniu nadgarstka: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, ze- spół cieśni nadgarstka – dodatkowo	5%
311	Utrata ręki w nadgarstku	55%

Uwaga: w przypadku współistniejących uszkodzeń nerwów przy ocenie stopnia uszczerbku z pozycji 272-309 dodatkowo uwzględnia się połowę wartości uszczerbku przewidzianej za uszkodzenie nerwów całkowite lub częściowe w pkt. 14.
Maksymalna wartość uszczerbku za uszkodzenia kończyny górnej nie może przekraczać wartości uszczerbku za jej utratę na odpowiedniej wysokości.

81	Uszkodzenia śródreżca, kciuka	
312	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka z niewielkim upośledzeniem ruchomości palca	3%
313	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka z umiarkowanym upośledzeniem ruchomości palca	6%
314	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka ze znacznym upośledzeniem ruchomości palca	10%
315	Złamanie II, III, IV lub V kości śródreżca po wygojeniu: nieprzemieszczone lub bez ograniczenia ruchomości palców	2%
316	Złamanie II, III, IV lub V kości śródreżca po wygojeniu: przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości palców	4%
317	Wykręcenie w stawie śródreżca-paliczkowym lub międzypaliczkowym kciuka z ograniczeniem ruchomości	3%
318	Złamania i zwłknięcia I kości śródreżca – bez przemieszczenia lub ograniczenia ruchomości kciuka	3%
319	Złamania i zwłknięcia I kości śródreżca – z przemieszczeniem utrwalonym lub z ograniczeniem ruchomości kciuka	5%
320	Złamanie jednego paliczka kciuka: nieprzemieszczone, bez zaburzeń ruchomości	3%
321	Złamanie jednego paliczka kciuka: trwale przemieszczone lub z ograniczeniem ruchomości	5%
322	Utrata opuszki kciuka, trwała utrata płytki paznokciowej, powikłania neurologiczne lub naczyniowe	2%
323	Utrata paliczka paznokciowego kciuka	6%
324	Utrata paliczka paznokciowego z 1/3 paliczka podstawowego kciuka	10%
325	Utrata obu paliczków lub bezużyteczność kciuka	20%
326	Utrata obu paliczków kciuka z kością śródreżca	25%

Uwaga: o stopniu zaburzeń czynności kciuka decyduje zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu. Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia kciuka wynosi 20%.

82	Uszkodzenia palca wskazującego	
327	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone bez przemieszczenia i bez trwałych zaburzeń ruchomości – za każdy paliczek	1,5%
328	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone z przemieszczeniem i trwałym ograniczeniem ruchomości – za każdy paliczek	3%
329	Wykręcenie palca wskazującego – z ograniczeniem ruchomości	2%
330	Utrata opuszki lub płytki paznokciowej palca wskazującego	2%
331	Utrata paliczka palca wskazującego – za każdy paliczek	5%
332	Utrata palca wskazującego z kością śródreżca	20%
333	Niewielkie ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	3%
334	Umiarkowane ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	6%
335	Znaczne ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	10%
336	Powikłania neurologiczne, naczyniowe po uszkodzeniu palca wskazującego – dodatkowo	3%
337	Bezużyteczność palca wskazującego	15%

Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca wskazującego wynosi 15%.

83	Uszkodzenia palca III, IV, V	
338	Utrata paliczka palca III, IV, V za każdy paliczek	3%
339	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	12%
340	Złamanie paliczka palca III, IV, V – za każdy paliczek	2%
341	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z niewielkim ograniczeniem ruchomości palca	1,5%
342	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości palca	3%
343	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V ze znacznym ograniczeniem ruchomości palca	5%
344	Bezużyteczność palca granicząca z utratą – za każdy palec	10%

Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca III, IV, V wynosi 10% za każdy palec. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać 55%.

L	MIEDNICA	
84	Pourazowe utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	
345	Uszkodzenia niewielkiego stopnia – bez zaburzeń chodu	5%
346	Uszkodzenia umiarkowanego stopnia – z zespołem bólowym i niewielkimi zaburzeniami chodu	10%
347	Uszkodzenia znacznego stopnia – ze skróceniem kończyny ponad 3 cm i dużymi zaburzeniami chodu	25%
85	Złamania, zwichnięcia miednicy jedno- lub wielomiejscowe	
348	Złamanie kości łonowej, kulszowej: jednostronne	5%
349	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – bez zaburzeń chodu ani statyki	10%
350	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – z zaburzeniami chodu i statyki	20%
351	Złamanie izolowane – talerz biodrowy, kołec biodrowy, guz kulszowy	5%
352	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie I° z niewielkim ograniczeniem funkcji	10%
353	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie II° ze średnim ograniczeniem funkcji	15%
354	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie III° z dużym ograniczeniem funkcji	30%
M	KOŃCZYNA DOLNA	
86	Uszkodzenia biodra	
355	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich do 1/3 zakresu normy	5%
356	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich w zakresie 1/3-2/3 normy	10%
357	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich powyżej 2/3 zakresu normy	30%
358	Całkowite zeszywnienie stawu biodrowego	50%
359	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami niewielkiego stopnia (deficyt ruchów do 1/3 zakresu normy, skrócenie kończyny do 2 cm, niewielkie zniekształcenie / przemieszczenie)	10%
360	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami średniego stopnia (deficyt ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy, skrócenie od 2 do 4 cm, umiarkowane zniekształcenie / przemieszczenie)	20%
361	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami dużego stopnia (deficyt ruchów powyżej 2/3 zakresu normy, skrócenie powyżej 4 cm, duże przemieszczenie / zniekształcenie, przewlekłe zapalenie kości, przetoki)	40%
362	Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości umiarkowanym	20%
363	Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości znacznym	40%
364	Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	80%
87	Uszkodzenia uda	
365	Złamanie kości udowej – z niewielkimi zmianami	7%
366	Złamanie kości udowej – ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, umiarkowanym opóźnieniem chodu	15%
367	Złamanie kości udowej – z ograniczeniem ruchów w stawach sąsiednich – z ciężkimi zmianami, zapaleniem kości, przetokami, skróceniem kończyny ponad 6 cm, znacznym opóźnieniem chodu	30%
368	Utrwalone ubytki kości udowej, stawy rzekome, zapalenie kości, przetoki uniemożliwiające obciążanie kończyny	50%
369	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu niewielkim	2%
370	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu umiarkowanym	5%
371	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcje kończyny w stopniu znacznym	10%
372	Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe, zmiany troficzne uda – z trwałymi zaburzeniami funkcji	12%
373	Utrata kończyny na poziomie 1/3 bliższej	70%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia uda wynosi 70%.		
88	Uszkodzenia kolana	
374	Izolowane złamanie lub zwichnięcie rzepki, bez ograniczeń ruchomości stawu	2%
375	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – mate koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów do 1/3 zakresu normy	5%

376	Złamanie nasad kości i rzepek tworzących staw kolanowy – średnie koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
377	Złamanie nasad kości i rzepek tworzących staw kolanowy – duże koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów powyżej 2/3 zakresu normy	20%
378	Pełne zeszywnienie stawu kolanowego w następstwie złamań nasad tworzących staw kolanowy	30%
379	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa I°	5%
380	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa II° lub dwupłaszczyznowa niestabilność I°	10%
381	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa niestabilność II°	15%
382	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność dwupłaszczyznowa III°	20%
383	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność wielopłaszczyznowa II° lub III°	30%
384	Częściowe usunięcie tåkotki	2%
385	Całkowite uszkodzenie tåkotki	5%
386	Inne skutki urazów stawu kolanowego – nawracające stany zapalne, ropne, troficzne, chondromalacja	1% – 5%
387	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	60%
89	Uszkodzenia podudzia	
388	Złamanie kości podudzia – wygojone bez przemieszczenia ani zniekształceń, z ograniczeniem ruchomości w stopniu niewielkim	5%
389	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny do 3 cm, ograniczeniem ruchomości w stopniu umiarkowanym	10%
390	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, z ograniczeniem ruchomości w stopniu znacznym	20%
391	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, zmianami wtórnymi – ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z dużym upośledzeniem chodu	30%
392	Izolowane złamanie strzałki bez kostki bocznej	3%
393	Zakrzepica żył głębokich wiktająca gojenie urazów podudzia	5%
394	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – z niewielkim ograniczeniem ruchomości stopy	5%
395	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze średnim ograniczeniem ruchomości stopy	10%
396	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze znacznym ograniczeniem ruchomości stopy	20%
397	Utrata podudzia	50%
Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia podudzia wynosi 70%.		
90	Uszkodzenia stopy i stawów skokowych	
398	Skręcenie stawu skokowego – z przewlekłym, niewielkim obrzękiem lub dyskretną dysfunkcją	2%
399	Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – z niewielkim ograniczeniem ruchomości	5%
400	Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – ze średnim ograniczeniem ruchomości	10%
401	Uszkodzenia stawu skokowego w następstwie złamania kości tworzących staw, wykręceń, zwichnięć, zranień, ciał obcych i blizn ze znacznym ograniczeniem ruchomości	20%
402	Powikłania po uszkodzeniu stawu skokowego: zapalenie kości, stawów, przetoki, martwica aseptyczna, zmiany neurologiczne – dodatkowo	5%
403	Złamanie kości piętowej lub skokowej bez przemieszczenia – wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
404	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – niewielkiego stopnia	5%
405	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – średniego stopnia	10%
406	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – znacznego stopnia	20%
407	Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone bez przemieszczenia	3%
408	Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone z przemieszczeniami lub zaburzeniami funkcji	5%

409	Inne trwałe zmiany dynamiki stopy (bez stawu skokowego) – w następstwie skręceń, uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-5%
410	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia	25%
411	Utrata kości piętowej lub skokowej w całości	30%
412	Utrata stopy w całości	40%

Uwaga: maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia stopy wynosi 40%.

91	Uszkodzenia palców stopy	
413	Złamanie jednego paliczka, utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej palucha	1%
414	Utrata paliczka paznokciowego palucha	3%
415	Utrata całego palucha	7%
416	Utrata palucha wraz z kością śródstopia	15%
417	Inne trwałe zaburzenia funkcji palucha w następstwie uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-6%
418	Trwała utrata płytki paznokciowej palców II-V – za jeden palec	0,5%
419	Złamania, niewielkie trwałe uszkodzenia, częściowa utrata palców od II do V – za jeden palec	1%
420	Znaczne trwałe uszkodzenia i całkowita utrata palców od II do V – za jeden palec	2%
421	Utrata jednego z palców II-V z kością śródstopia – za każdy palec	8%

N SKÓRA

92	Blizny	
422	Blizny skóry poniżej 3 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	0,5%
423	Blizny skóry od 3 cm do 4,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	1%
424	Blizny skóry od 5 cm do 9,99 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	2%
425	Blizny skóry od 10 cm długości – z wyłączeniem blizn pooperacyjnych, blizn po oparzeniach oraz oszpecających blizn twarzy	5%

Uwaga: ocenie podlegają wyłącznie blizny będące bezpośrednim następstwem urazu. Blizny pooperacyjne oceniane są razem ze skutkami urazu w ramach pozycji Tabeli właściwych dla tych następstw.

93	Następstwa oparzeń skóry stopnia I	
426	Następstwa oparzeń skóry w postaci przebarwień powyżej 1% TBSA	2%

94	Następstwa oparzeń skóry od stopnia II	
427	Następstwa oparzeń skóry owłosionej głowy za każdą bliznę powyżej 10 cm ²	5%
428	Następstwa oparzeń skóry twarzy za każdą bliznę powyżej 10 cm ²	10%
429	Następstwa oparzeń skóry szyi za każdą bliznę powyżej 10 cm ²	10%
430	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców do 1% TBSA	5%
431	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 1% i nie więcej niż 5% TBSA	10%
432	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, jamy brzusznej lub pleców powyżej 5% TBSA	20%
433	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych do 0,5% TBSA	1%
434	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA	3%
435	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 1,5% i nie więcej niż 5% TBSA	10%
436	Następstwa oparzeń skóry kończyn górnych (bez dłoni) lub kończyn dolnych powyżej 5% TBSA	15%
437	Następstwa oparzeń skóry dłoni do 0,5% TBSA	1%
438	Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 0,5% i nie więcej niż 1,5% TBSA	5%
439	Następstwa oparzeń skóry dłoni powyżej 1,5% TBSA	10%

Uwaga: ocenie z pozycji 427-439 podlegają wyłącznie skutki oparzeń od stopnia II. Trwałe zaburzenia funkcji narządów lub kończyn w wyniku oparzenia należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli, najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia.
TBSA (ang. total body surface area) – całkowita powierzchnia ciała

O SKUTKI NAGŁEGO DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH, BIOLOGICZNYCH		
95	Skutki nagłego działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych	
440	Skutki nagłego działania czynników chemicznych lub fizycznych (z utratą przytomności lub reakcją anafilaktyczną lub hospitalizacją)	5%
441	Skutki nagłego działania czynników biologicznych (z hospitalizacją i wystąpieniem deficytów neurologicznych)	5%
Uwaga: trwałe zaburzenia funkcji narządów lub układów w wyniku działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia.		
P INNE SKUTKI URAZÓW		
96	Inne skutki urazów	
442	Skutki urazów, które wymagały leczenia i rehabilitacji przez okres dłuższy niż: - 3 miesiące - jeśli w dniu nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony miał mniej niż 18 lat, - 6 miesięcy - w przypadku pozostałych Ubezpieczonych, o ile nie pozostawiły one trwałych następstw i w związku z tym Ubezpieczonemu nie przysługuje żadne inne świadczenie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu.	1%

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 20 kwietnia 2022 r. i wszedł w życie 1 czerwca 2022 r.

UMOWA DODATKOWA

„Assistance Wypadkowy”

Co zyskujesz w razie wypadku?

- **Pomoc w diagnostyce i leczeniu**
Zorganizujemy i opłacimy 10 świadczeń medycznych, takich jak m.in.: konsultacje lekarskie, diagnostyka laboratoryjna, badania specjalistyczne, w tym: RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.
- **Wsparcie assistance w leczeniu i powrocie do zdrowia**
Zapewnimy m.in.: transport medyczny, rehabilitację (do 30 zabiegów), organizację i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz dostęp przez 6 miesięcy do Neuroformy – platformy, która ułatwia rehabilitację.
- **Organizacja i pokrycie kosztów zabiegu operacyjnego**
Pokryjemy koszty nawet do 20 000 zł.
- **Pokrycie kosztów operacji plastycznej**
Pokryjemy koszty do 8000 zł.

Warto wiedzieć

„Assistance Wypadkowy” możesz też zakupić dla swojego dziecka i partnera.

Jak skorzystać z assistance?

Wszystkie informacje znajdziesz na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY” (ANNW/TZ/3/2024)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 4-7 Art. 7 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY” (ANNW/TZ/3/2024)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakże są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Centrum Operacyjne** – podmiot AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, który wykonuje działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa (tel. 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) i zajmuje się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem
2. **Lekarz Prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego i nie jest członkiem jego rodziny
3. **Leki** – przepisane przez lekarza Ubezpieczonego:
 - a) leki gotowe, wpisane do „Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” oraz
 - b) leki recepturowe,których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty
4. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
5. **Placówka Medyczna** – Szpital, prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
6. **Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej** – stan zagrożenia życia, który wskazujemy poniżej i który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego:
 - a) zatrucie lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utrata przytomności, omdlenie, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty,
 - b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród,
 - c) rozległe rany z krwawieniem, które są efektem urazu oraz urazy, które uniemożliwiają samodzielne poruszanie się,
 - d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażenia i niedowładów,
 - e) ciężka reakcja anafilaktyczna na ukąszenia, leki lub środki spożywcze
7. **Siła Wyższa** – nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków

8. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt, który jest niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji i umożliwia lub ułatwia mu samodzielne funkcjonowanie
9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wycieczkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
10. **Transport Medyczny** – transport, który jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; Transportem Medycznym nie jest transport na wizyty kontrolne oraz dojazd do poradni rehabilitacyjnej
11. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat (w przypadku Dziecka – mniej niż 18 lat) i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
12. **Wykaz Procedur Medycznych** – Załącznik nr 1 do tego dokumentu, który zawiera procedury medyczne, objęte ubezpieczeniem
13. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
14. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarsstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szubownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
15. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków
16. **Zabieg Operacyjny** – operacja ortopedyczna, laryngologiczna lub chirurgiczna, której celem jest leczenie urazów doznanych przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Zabieg Operacyjny musi być przeprowadzany w warunkach bloku operacyjnego. Zabiegiem Operacyjnym nie jest zabieg:
 - a) wykonywany w celu leczenia choroby nowotworowej,
 - b) wykonywany w celach diagnostycznych,
 - c) związany z leczeniem wad wrodzonych,
 - d) przeprowadzony w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków Nieszczęśliwych Wypadków,
 - e) cięcia cesarskiego.

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - a) organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, które wskazujemy w Tabeli nr 1, dla Ubezpieczonego, który w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:
 - zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 1, oraz
 - Wykaz Procedur Medycznych.
 - b) organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance i telemedycyny, które wskazujemy w Tabeli nr 2, dla Ubezpieczonego, który w czasie ochrony ubezpieczeniowej ulega Nieszczęśliwemu

Wypadkowi. Podczas organizacji i realizacji tych świadczeń obowiązują:

- zasady, które wskazujemy w Tabeli nr 2 oraz
- Wykaz Procedur Medycznych.

- c) w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, ubezpieczenie obejmuje także: organizację i pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do wysokości 8 000 zł w odniesieniu do

jednego Nieszczęśliwego Wypadku. Operacja ta musi być przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego.

3. Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które wskazujemy w tym dokumencie oraz w Wykazie Procedur Medycznych i które są realizowane:

- a) za pośrednictwem Centrum Operacyjnego,
- b) na terenie Polski.

Tabela nr 1 Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

Rodzaj świadczenia medycznego	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
1. Wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry w Placówce Medycznej lub miejscu pobytu Ubezpieczonego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) wraz z kosztami dojazdu lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry oraz kosztami jego honorarium, o ile nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej.	
Po uzyskaniu skierowania od Lekarza Prowadzącego:	
2. Konsultacja chirurga	
3. Konsultacja okulisty	
4. Konsultacja otolaryngologa	
5. Konsultacja neurologa	
6. Konsultacja ortopedy	
7. Konsultacja kardiologa	
8. Konsultacja pulmonologa	
9. Konsultacja neurochirurga	Świadczenia do wielokrotnego wykorzystania, maksymalnie 10 świadczeń medycznych
10. Konsultacja psychologa	
11. Konsultacja ginekologa	
12. Konsultacja hepatologa	
Świadczenia z pkt 13-19 są realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych:	
13. Zabiegi ambulatoryjne	
14. Diagnostyka laboratoryjna Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych badań na jednym skierowaniu, które wystawił Lekarz Prowadzący w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.	
16. Badania radiologiczne (RTG)	
17. Badania ultrasonograficzne (USG)	
18. Rezonans magnetyczny	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych
19. Tomografia komputerowa	1 badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 10 świadczeń medycznych

Tabela nr 2 Świadczenia assistance i telemedycyny dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku

Rodzaj i opis świadczenia	Limit na jeden Nieszczęśliwy Wypadek
I. Świadczenia assistance dla Ubezpieczonego	
1. Organizacja i pokrycie kosztów Zabiegu Operacyjnego	20 000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty Zabiegu Operacyjnego, którego przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego.	

2. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	30 zabiegów
Zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji Ubezpieczonego, której przeprowadzenie jest wymagane na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego. W zależności od wyboru Ubezpieczonego mogą to być:	
a) wizyty fizyoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo	
b) wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej,	
realizowane w zakresie procedur medycznych, które wskazujemy w Wykazie Procedur Medycznych.	
3. Transporty Medyczne Ubezpieczonego i osoby przez niego wskazanej	20 Transportów Medycznych
Jeśli nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszty Transportu Medycznego:	
a) z miejsca pobytu Ubezpieczonego do Placówki Medycznej wskazanej przez Lekarza Prowadzącego, gdy wymagany jest pobyt lub wizyta Ubezpieczonego w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
b) z Placówki Medycznej do innej Placówki Medycznej, gdy Ubezpieczony zostanie skierowany na badania specjalistyczne lub Zabieg Operacyjny w innej Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
c) do miejsca pobytu Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony przebywa w Placówce Medycznej i – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z Transportu Medycznego.	
4. Pomoc psychologa	maksymalnie 3 wizyty lub zdalne konsultacje
Zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego, wizyt u psychologa lub zdalnych konsultacji z psychologiem, gdy – zgodnie ze skierowaniem od Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga skorzystania z pomocy psychologa.	
5. Leczenie stomatologiczne	2000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia stomatologicznego, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga takiego leczenia.	
6. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego	700 zł
Zapewnimy usługi, które wymieniamy niżej, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego:	
a) organizacja i pokrycie kosztów transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego i	
b) pokrycie kosztów zakupu albo wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
7. Zakup i dostarczenie Leków lub środków opatrunkowych	300 zł
Pokryjemy koszt zakupu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego Leków i środków opatrunkowych, gdy – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Prowadzącego – Ubezpieczony wymaga przyjmowania przepisanych Leków lub korzystania ze środków opatrunkowych.	
II. Telemedycyna	Maksymalnie 6 porad lekarskich w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony ubezpieczeniowej
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem czatu, które obejmują usługi wymienione w pkt a)-d). W ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy.	
a) wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	
b) zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	
c) zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość)	
d) zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.	
III. Infolinia medyczna	bez limitu
W ramach infolinii medycznej zapewnimy telefoniczny dostęp do informacji dotyczących:	
a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,	
b) diet, metod zdrowego żywienia,	
c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,	
d) danych teled adresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,	
e) danych teled adresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,	
f) danych teled adresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,	
g) danych teled adresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,	
h) danych teled adresowych aptek czynnych przez całą dobę.	

4. Ubezpieczenie w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:
 - a) wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
 - b) wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
 - c) wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), które realizują świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).
5. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyższenie organizmu o charakterze nawykowym, zmęczeniu lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które jest potwierdzone w dokumentacji medycznej i skutkuje negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
6. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów, który wskazujemy w Tabeli nr 2, to zrealizujemy daną usługę w przypadku, gdy Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a tym limitem.
7. Jeżeli spóźnisz się z płatnością Składki o więcej niż Miesiąc Polisowy, to zawieszamy dostęp do świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, z ostatnim dniem tego Miesiąca Polisowego. Możesz wznowić ten dostęp, jeśli przed rozwiązaniem Umowy zaptaczysz wymagane Składki. W takim przypadku poinformujemy Cię, od jakiego dnia wznowiamy dostęp do świadczeń.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, następującego po Miesiącu Polisowym, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarteś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie zawieramy kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli którakolwiek ze stron – Ty albo my – informuje drugą stronę o niezawieraniu Umowy Dodatkowej na kolejny okres najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia.

ART. 4 JAKIE SĄ OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

Jeśli Ubezpieczony chce skorzystać ze świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem, to ma obowiązek:

- a) złożyć wniosek o realizację świadczenia wraz z dokumentami, które wskazujemy jako niezbędne do określenia, czy i w jakiej wysokości świadczenie jest należne,
- b) współpracować z Centrum Operacyjnym w zakresie organizacji i realizacji świadczeń, w tym uzgodnienia miejsca realizacji świadczenia,
- c) w przypadku, gdy Nieszczęśliwy Wypadek wydarzył się za granicą – dostarczyć dokumentację medyczną, która potwierdza zajście i okoliczności tego wypadku przetłumaczoną na język polski albo język angielski.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz Wiek Ubezpieczonego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 CO JEST POTRZEBNE DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ, KTÓRE SĄ OBJĘTE UBEZPIECZENIEM

1. Abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu lub w jakiej wysokości, potrzebujemy:

- a) wniosku o realizację świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
 - b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Dokumenty te należy dostarczyć do Centrum Operacyjnego.
 3. Zawiadomienie o zajściu Nieszczęśliwego Wypadku można złożyć:
 - a) telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
 - b) pisząc na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa,
 - c) pocztą elektroniczną na adres: u.life@mondial-assistance.pl.
 4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu i w jakiej wysokości, to spełnimy świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część spełnimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
 5. Jeśli odmawiamy spełnienia świadczenia lub spełniamy je w części, to informujemy o tym osobę, która występuje z tym wnioskiem. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.
 6. Centrum Operacyjne w porozumieniu z Ubezpieczonym ustala miejsce realizacji świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem. Organizujemy te świadczenia we współpracującym z Centrum Operacyjnym podmiocie lub Placówce Medycznej w ciągu 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, które są niezbędne, abyśmy mogli ustalić, czy świadczenie należy się Ubezpieczonemu lub w jakiej wysokości.
 7. Wartość poszczególnych świadczeń assistance ustala Centrum Operacyjne – każdorazowo na podstawie cen usług w uzgodnionej z Ubezpieczonym Placówce Medycznej, które obowiązują w dniu organizacji świadczenia. Informujemy Ubezpieczonego o wartości tego świadczenia oraz o tym w jaki sposób realizacja tego świadczenia wpływa na limit kosztów lub świadczeń.

ART. 7 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE ORGANIZUJEMY ANI NIE REALIZUJEMY ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

1. Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU, w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie realizujemy świadczeń objętych ubezpieczeniem, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, któremu uległ Ubezpieczony został spowodowany lub miał miejsce:
 - a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - b) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
 - c) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.
 - e) w związku z poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie takiego leczenia było zalecone przez Lekarza Prowadzącego,
 - f) w wyniku zatrucia się przez Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
 - g) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - h) wskutek zakażenia wirusem HIV,
 - i) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - j) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do

- kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie Nieszczęśliwego Wypadku, lub prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Nieszczęśliwego Wypadku,
- k) wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
 - l) wskutek leczenia eksperymentalnego Ubezpieczonego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
 - m) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

- 2. Gdy na skutek Siły Wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assistan-ce, o których mowa w Tabeli nr 2, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości limitów wskazanych w Tabeli nr 2.
- 3. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.
- 4. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej, strajków, Aktów Terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, a także ograniczeń w poruszaniu się, które zostały wprowadzone przez władze państwowe.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 23/2024 i weszły w życie 16 marca 2024 r.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „ASSISTANCE WYPADKOWY”

WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

PROCEDURY MEDYCZNE	
1.	ZABIEGI AMBULATORIJNE
1)	AMBULATORIJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE
a)	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
b)	Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
c)	Usunięcie szwów
d)	Zmiana opatrunku
e)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
f)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojęzyczny, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
g)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
h)	Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn
i)	Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych
j)	Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite
2)	AMBULATORIJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE
a)	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
3)	AMBULATORIJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE
a)	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
b)	Usunięcia ciała obcego lub złogu w obrębie układu wznowego, przewody wznowe
c)	Wstrzyknięcie podspojówkowe
4)	AMBULATORIJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE
a)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
b)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
c)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
d)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
e)	Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
f)	Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
g)	Zastosowanie gipsu biodrowego
h)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)
i)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)
j)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)
k)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)
l)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego
m)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny
n)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
o)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)
2.	DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

1)	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
2)	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
3)	Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
4)	Morfologia krwi obwodowej, retikulocytoza – ręcznie
5)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – nieautomatycznie
6)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – automatycznie
3.	BADANIA RADIOLOGICZNE
1)	Badanie radiologiczne – czaszka
2)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, jedna projekcja: czołowa PA
3)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, dwie projekcje: czołowa PA i boczna
4)	Badanie radiologiczne – żuchwa
5)	Badanie radiologiczne – układ kostny twarzy
6)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)
7)	Badanie radiologiczne – żebra, jednostronne
8)	Badanie radiologiczne – żebra, obustronne
9)	Badanie radiologiczne – mostek
10)	Badanie radiologiczne – staw lub stawy mostkowo-obojęzyczne
11)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (całość), badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna
12)	Badanie radiologiczne – kręgosłup szyjny
13)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy), w pozycji stojącej (skolioza)
14)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowy)
15)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy)
16)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek lędźwiowo-krzyżowy)
17)	Badanie radiologiczne – miednica
18)	Badanie radiologiczne – stawy krzyżowo-biodrowe
19)	Badanie radiologiczne – kość krzyżowa i kość ogonowa
20)	Badanie radiologiczne – obojęcznik, całkowite
21)	Badanie radiologiczne – łopatką, całkowite
22)	Badanie radiologiczne – bark
23)	Badanie radiologiczne – stawy barkowo-obojęzyczne
24)	Badanie radiologiczne – kość ramienna
25)	Badanie radiologiczne – staw łokciowy
26)	Badanie radiologiczne – przedramię
27)	Badanie radiologiczne – nadgarstek
28)	Badanie radiologiczne – ręka
29)	Badanie radiologiczne – palec (palce) ręki
30)	Badanie radiologiczne – biodro
31)	Badanie radiologiczne – kość udowa
32)	Badanie radiologiczne – kolano
33)	Badanie radiologiczne – oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA
34)	Badanie radiologiczne – piszczel i strzałka
35)	Badanie radiologiczne – staw skokowy
36)	Badanie radiologiczne – stopa

37)	Badanie radiologiczne – kość piętowa
38)	Badanie radiologiczne – jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA
4.	ULTRASONOGRAFIA
1)	Badanie ultrasonograficzne – klatka piersiowa
2)	Badanie ultrasonograficzne – jama brzuszna
3)	Badanie ultrasonograficzne – miednica
4)	Badanie ultrasonograficzne – moszna i jej zawartość
5)	Badanie ultrasonograficzne – kończyna, nienaczyniowe
5.	REHABILITACJA
1)	Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
2)	Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
3)	Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje
4)	Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna
5)	Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów
6)	Kinezytaping
7)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia
8)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)
9)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet
10)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki
11)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza
12)	Galwanizacja
13)	Elektrostymulacja
14)	Tonoliza
15)	Prądy diadynamiczne
16)	Prądy interferencyjne
17)	Prądy Kotza
18)	Prądy Tens
19)	Prądy Traberta
20)	Impulsowe pole magnetyczne
21)	Laseroterapia (skaner, punktowo)
22)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termozele)
23)	Krioterapia – miejscowa
24)	Krioterapia – zabieg w kriokomorze
6.	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA
1)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, bez kontrastu
2)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, bez kontrastu
3)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, bez kontrastu
4)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, bez kontrastu
5)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, bez kontrastu
6)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, bez kontrastu
7)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu
8)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu

9)	Tomografia komputerowa – miednica, bez kontrastu
10)	Tomografia komputerowa – kończyna górna, bez kontrastu
11)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna, bez kontrastu
12)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna, bez kontrastu
13)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, z kontrastem
14)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem
15)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, z kontrastem
16)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, z kontrastem
17)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, z kontrastem
18)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, z kontrastem
19)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem
20)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem
21)	Tomografia komputerowa – miednica, z kontrastem
22)	Tomografia komputerowa – kończyna górna, z kontrastem
23)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna, z kontrastem
24)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna, z kontrastem
7.	REZONANS MAGNETYCZNY
1)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, bez kontrastu
2)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), bez kontrastu
3)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), bez kontrastu
4)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), bez kontrastu
5)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), bez kontrastu
6)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), bez kontrastu
7)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, bez kontrastu
8)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu
9)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, bez kontrastu
10)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu
11)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, bez kontrastu
12)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, bez kontrastu
13)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, z kontrastem
14)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), z kontrastem
15)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), z kontrastem
16)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), z kontrastem
17)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), z kontrastem
18)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), z kontrastem
19)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, z kontrastem
20)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem
21)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, z kontrastem
22)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem
23)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, z kontrastem
24)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, z kontrastem

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i wszedł w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Niezdolność do pracy po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

- Zapewnimy Ci wsparcie finansowe, jeśli zostanie u Ciebie stwierdzona trwała i całkowita niezdolność do jakiegokolwiek pracy.
- Maksymalna kwota, na którą możesz się ubezpieczyć w razie niezdolności do pracy, to 1 000 000 zł.

Warto wiedzieć

Ubezpieczenie dotyczy niezdolności do pracy, której przyczyną jest nieszczęśliwy wypadek.

Zwróć uwagę

Niezdolność do pracy, za którą wypłacamy pieniądze, trwa nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NPW/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NPW/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
3. **Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Ta całkowita niezdolność musi:
 - a) rozpocząć się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku,
 - b) trwać nieprzerwanie przez 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu – na podstawie aktualnej wiedzy medycznej – mieć charakter trwały i nieodwracalny
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
5. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku Niezdolności do Pracy; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
6. **Ubezpieczony** – pełnoletnia osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarnictwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwego Wypadku, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje Niezdolność do Pracy. Nieszczęśliwy Wypadek oraz ostatni dzień 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej muszą nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli w czasie 12-miesięcznego okresu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, i nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, to ostatni dzień tego 12-miesięcznego okresu nie musi nastąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) w dniu, w którym podejmujemy decyzję o wypłacie pieniędzy z tytułu Niezdolności do Pracy,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową, w ciągu 60 dni od takiej zmiany.

3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

W razie Niezdolności do Pracy wypłacamy Ubezpieczonemu Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej z dnia Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Niezdolności do Pracy oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,

- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Niezdolność do Pracy – orzeczeń lekarskich, zaświadczeń oraz wyników badań Ubezpieczonego.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który spowodował Niezdolność do Pracy, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Pobyty w szpitalu wskutek NW

Co zyskujesz?

Wyptacimy Ci pieniqdze za pobyt w szpitalu, ktory ma zwiqzek z wypadkiem – juo od pierwszego dnia pobytu.

Warto wiedziec

- Za kaoo dzien pobytu w szpitalu mozesz otrzymac od **100 zł do 500 zł**.
- Mozesz otrzymac wiele wyptat z tej umowy – nawet za **120 dni pobytu** w szpitalu w ciqgu roku.

Jak otrzymac pieniqdze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (LSNW/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej** dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Dzienne Świadczenie Szpitalne** – wybrana przez Ciebie kwota, którą wypłacamy jako świadczenie ubezpieczeniowe za jeden Dzień Pobytu w Szpitalu; Dzielne Świadczenie Szpitalne wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
3. **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każdy dzień, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu – od dnia rejestracji do dnia wypisu
4. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
5. **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. Pobyt ten musi rozpocząć się w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku i musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w Szpitalu nie jest pobyt na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym. Nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu
6. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
7. **Szpital** – podmiot leczniczy, który świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Szpitalem nie jest ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny
8. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:

- a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
9. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
 10. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
 11. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje wypłatę Dziennego Świadczenia Szpitalnego za maksymalnie 120 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisyjnego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Gdy otrzymujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia, możemy skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na nasz koszt i przez wyznaczonego przez nas lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
2. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczęła Zawodowe Uprawianie Sportu oraz
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
3. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:

- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
4. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
5. Jeśli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Za Dzień Pobytu w Szpitalu wypłacamy Ubezpieczonemu Dienne Świadczenie Szpitalne.
2. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż jeden dzień, to wypłacamy Ubezpieczonemu odpowiednią wielokrotność Dziennego Świadczenia Szpitalnego.
3. Do obliczenia wypłaty bierzemy pod uwagę Dienne Świadczenie Szpitalne, które obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Jeśli Pobyt w Szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, to Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę za pierwsze 30 dni tego pobytu.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić mu pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o Pobycie w Szpitalu oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) dokumentów, które potwierdzają Pobyt w Szpitalu.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy pieniędzy także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, który jest przyczyną Pobytu w Szpitalu, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Koszty leczenia skutków NW

Co zyskujesz?

Zwrócimy Ci koszty poniesione na leczenie po wypadku, które obejmuje: wizyty i badania lekarskie, zabiegi i operacje (bez operacji plastycznych), pobyt w szpitalu, przewiezienie do placówki medycznej, leki i środki opatrunkowe.

Warto wiedzieć

- Otrzymasz zwrot kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.
- Zwrócimy Ci wydatki poniesione na leczenie w Polsce w ciągu 12 miesięcy od wypadku.

Zwróć uwagę

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, czyli do kwoty 50 000 zł.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 ust. 1-3 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 2 ust. 4 Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KL/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakież są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Leczenia** – koszty, które zostały poniesione na leczenie u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego Wypadku, w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku. Leczenie musi być niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz musi być przeprowadzone na terenie Polski, pod kontrolą lekarza
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Placówka Medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski
5. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i której nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Leczenia; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumentacji Ubezpieczenia
7. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej lub w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
8. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i

- b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)
9. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
 10. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków Ubezpieczonego, w tym następstwa wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot następujących Kosztów Leczenia:
 - a) koszty wizyt lekarskich,
 - b) koszty pobytu w szpitalu,
 - c) koszty zabiegów i operacji, z wyłączeniem operacji plastycznych,
 - d) koszty znieczulenia, w tym koszty jego podania,
 - e) koszty badań,
 - f) koszty przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki Medycznej, w której udzielono mu pomocy medycznej po Nieszczęśliwym Wypadku, w tym koszty wezwania karetki pogotowia,
 - g) koszty nabycia leków, które są dostępne wyłącznie na receptę,
 - h) koszty nabycia środków opatrunkowych.
3. Zwracamy Koszty Leczenia do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.
4. Koszty rehabilitacji nie są Kosztami Leczenia.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego, objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową – w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:

- a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
4. Jeśli Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wzrost Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Wypłacamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Leczenia, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku. Limit ten jest taki sam także wtedy, gdy Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi.
3. Jeżeli Koszty Leczenia zostały poniesione w walucie obcej, kwoty z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o poniesionych Kosztach Leczenia oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,

- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Leczenia; faktura lub rachunek musi zawierać informację o rodzaju poniesionych Kosztów Leczenia i wskazanie osoby, której leczenia te koszty dotyczą.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Leczenia, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Koszty operacji plastycznych po NW

MATERIAŁ REKLAMOWY

Co zyskujesz?

Zwrócimy Ci koszty poniesione na operacje plastyczne po wypadku.

Warto wiedzieć

- Otrzymasz zwrot kosztów, które będą udokumentowane oryginałami rachunków.
- Zwrócimy Ci wydatki na operacje przeprowadzone w Polsce w ciągu 24 miesięcy od wypadku.

Zwróć uwagę

Możesz otrzymać wiele wypłat z tej umowy – aż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, czyli do kwoty maksymalnie 50 000 zł.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW OPERACJI PLASTYCZNYCH PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OP/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW OPERACJI PLASTYCZNYCH PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU (OP/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Jak długo trwa ochrona ubezpieczeniowa z Umowy Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej albo inne świadczenie,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje
2. **Koszty Operacji Plastycznych** – koszty, które zostały poniesione na operacje plastyczne Ubezpieczonego w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni jego ciała powstałych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Operacje muszą być przeprowadzone:
 - a) w ciągu 24 miesięcy od tego wypadku,
 - b) na terenie Polski i pod kontrolą lekarza
3. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - c) występuje w czasie, gdy obejmujemy go ochroną ubezpieczeniową
4. **Rekreacyjne Uprawianie Sportu** – aktywność fizyczna, którą Ubezpieczony podejmuje w celu wypoczynku, dbania o sprawność fizyczną lub odnowę sił psychofizycznych – inna niż Wyczynowe Uprawianie Sportu i Zawodowe Uprawianie Sportu – i które nie zaliczamy do Zajęć Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia
6. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – maksymalna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku poniesienia Kosztów Operacji Plastycznych; Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia
4. **Ubezpieczony** – osoba, której zdrowie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) w dniu zawarcia pierwszej Umowy Dodatkowej ma mniej niż 70 lat i
 - b) jest objęta ochroną ubezpieczeniową w Umowie Głównej albo w Umowie dodatkowej terminowego ubezpieczenia na życie
7. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
 - a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

8. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne) oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu
9. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wskazane niżej następstwa Nieszczęśliwych Wypadków, w tym następstwa wypadków, którym Ubezpieczony ulega w trakcie Rekreacyjnego Uprawiania Sportu.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot Kosztów Operacji Plastycznych.
3. Zwracamy Koszty Operacji Plastycznych maksymalnie do 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, niezależnie od liczby Nieszczęśliwych Wypadków, którym ulega Ubezpieczony.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 JAKIE SĄ TWOJE OBOWIĄZKI I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Poza obowiązkami, które wskazujemy w OWU, Ubezpieczony ma obowiązek poinformować nas także o tym, że:
 - a) rozpoczyna Zawodowe Uprawianie Sportu,
 - b) rozpoczyna, podejmuje dodatkową lub zmienia swoją Aktywność Zarobkową,w ciągu 60 dni od takiej zmiany.
2. Jeśli zmiana zwiększa ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to:
 - a) w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci wyższą składkę za Umowę Dodatkową albo
 - b) nie proponujemy Ci zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej.
3. Jeśli zmiana zmniejsza ryzyko ubezpieczeniowe, które ponosimy, to w ciągu 30 dni od otrzymania tych informacji proponujemy Ci niższą składkę za Umowę Dodatkową.
4. Jeśli Nieszczęśliwy Wypadek jest skutkiem okoliczności, które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo odmówić wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia.

ART. 5 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

ART. 6 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Wypłacamy Ubezpieczonemu równowartość Kosztów Operacji Plastycznych, które zostały udokumentowane oryginałami faktur lub rachunków.
2. Maksymalna łączna kwota, którą wypłacamy Ubezpieczonemu z danej Umowy Dodatkowej, to 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, która obowiązuje w dniu Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Jeśli Ubezpieczony ulega więcej niż jednemu Nieszczęśliwemu Wypadkowi, to łączna kwota wypłat z danej Umowy Dodatkowej też nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
4. Jeżeli Koszty Operacji Plastycznych zostały poniesione w walucie obcej, kwoty wskazane z rachunków i faktur przeliczamy na złote polskie według średniego kursu walut obcych tabeli ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu, w którym te koszty zostały poniesione.

ART. 7 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata należy się Ubezpieczonemu, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o poniesionych Kosztach Operacji Plastycznych oraz:

- a) wniosku o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Dodatkową jest uprawniona do świadczenia,
- b) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- c) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
- d) oryginałów faktur lub rachunków, które potwierdzają poniesienie Kosztów Operacji Plastycznych; faktura lub rachunek musi zawierać wskazanie osoby, która poddała się operacji plastycznej.

ART. 8 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY PIENIĘDZY Z UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie zwracamy Kosztów Operacji Plastycznych, także wtedy, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego te koszty są ponoszone, został spowodowany lub miał miejsce:

- a) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- c) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywa Ubezpieczony – chyba że jest on pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze,
- d) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

Dodatkowa ochrona po NW – „Dla Aktywnych”

Co zyskujesz?

- „Dla Aktywnych” rozszerza zakres ochrony w ubezpieczeniach, które zapewniają wsparcie finansowe w razie:
 - trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
 - niezdolności do pracy po nieszczęśliwym wypadku,
 - pobytu w szpitalu po nieszczęśliwym wypadku,
 - leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku.
- Dzięki temu otrzymasz wypłatę z tych ubezpieczeń, jeśli Twój wypadek będzie związany z uprawianiem sportów i aktywności wymienionych w warunkach ubezpieczenia.

Warto wiedzieć

- Lista wyczynowych sportów liczy 40 pozycji – należą do nich m.in. tak popularne sporty, jak: piłka nożna, siatkówka, piłka ręczna, narciarstwo, lekkoatletyka, judo, karate.
- Lista innych sportowych aktywności obejmuje m.in. wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m.

Jak otrzymać pieniądze z ubezpieczenia wypadkowego?

Wszystkie informacje znajdziesz:

- na stronie allianz.pl,
- w serwisie **Mój Allianz**, na stronie allianz.pl



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „DLA AKTYWNYCH” (AK/TZ/4/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 8 każdej Umowy Dodatkowej, której zakres ubezpieczenia rozszerzamy oraz – w zależności od rodzaju zawartej Umowy Głównej: Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie” albo Art. 32 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twoje Życie”. W przypadku Umowy Dodatkowej zawartej z umową „Twój Plan” i zawieszenia opłacania Składek: art. 16 ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twój Plan”, opcja I w wierszu „Składki za umowy dodatkowe”.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ „DLA AKTYWNYCH” (AK/TZ/4/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu.

W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy:

- **Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU** oraz
- **Ogólne warunki ubezpieczenia umowy dodatkowej**, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową.

Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umów Dodatkowych i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakimi są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Ile kosztuje Umowa Dodatkowa,
- Jak zmienić Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
- Na czym polega indeksacja,
- Czy i jak zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową na kolejny okres,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

W **Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej** znajdziesz informacje:

- Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia),
- Jakimi są Twoje obowiązki i obowiązki Ubezpieczonego,
- Komu i ile pieniędzy wypłacamy,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

Pojęcia, które piszemy wielką literą, zdefiniowaliśmy w OWU albo w Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową.

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ubezpieczenie obejmuje rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w Umowach Dodatkowych:

- a) w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu i rehabilitacji po nieszczęśliwym wypadku,
- b) w razie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- c) w razie poniesienia kosztów leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
- d) w razie poniesienia kosztów operacji plastycznych po nieszczęśliwym wypadku,
- e) w razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku,

o skutki Nieszczęśliwego Wypadku, który ma miejsce w czasie następujących aktywności Ubezpieczonego:

• Wyczynowe Uprawianie Sportu z poniższej tabeli:

1	badminton	21	pięciobój i dziesięciobój
2	baseball	22	piłka nożna (w tym halowa)
3	biathlon	23	piłka ręczna
4	bilard	24	piłka wodna
5	curling	25	łyżwanie
6	futbol amerykański	26	rugby
7	gimnastyka z wyłączeniem kulturystyki	27	saneczkarstwo z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
8	golf	28	siatkówka
9	hokej na trawie i hokej na lodzie	29	skoki przez przeszkody z wyłączeniem wyścigów konnych
10	jazda konna	30	snowboarding z wyłączeniem akrobacji oraz snowboarding poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
11	kajakarstwo z wyłączeniem kajakarstwa górskiego i górskich sptywów wodnych	31	sporty walki bez użycia broni (tj.: aikido, hapkido, judo, karate, kung-fu, taekwondo)
12	kolarstwo oraz kolarstwo górskie z wyłączeniem odmian ekstremalnych (odmiany ekstremalne to: zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill)	32	squash
13	koszykówka	33	surfing i windsurfing
14	lekkoatletyka	34	szermierka sportowa
15	tucznictwo	35	taniec
16	tyżwiarstwo figurowe	36	tenis stołowy
17	tyżwiarstwo szybkie	37	tenis ziemny
18	narciarstwo alpejskie z wyłączeniem narciarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, skoków i narciarstwa akrobatycznego	38	triathlon
19	narciarstwo biegowe	39	wioślarstwo
20	narty wodne z wyłączeniem akrobacji	40	żeglarstwo śródlądowe i przybrzeżne do 25 mil morskich od brzegu

oraz

- udział w następujących Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Ultra-ty Życia lub Zdrowia, pod warunkiem, że nie są uprawiane w ramach Wyczynowego Uprawiania Sportu ani Zawodowego Uprawiania Sportu:

1. bezdekompresyjne nurkowanie z partnerem poza wrakami i jaskiniami przy użyciu sprzętu z obiegiem otwartym i z zejściem do 40 m. Ubezpieczony musi mieć uprawnienia do nurkowania potwierdzone międzynarodowym certyfikatem (PADI, CMAS) lub nurkowanie musi odbywać się podczas kursu, którego celem jest uzyskanie takich uprawnień w asyście instruktora z aktualnym międzynarodowym certyfikatem uprawniającym do prowadzenia kursu danego rodzaju
2. żeglarstwo morskie i oceaniczne na jednostce, która:
 - a) jest przewidziana na co najmniej siedmiu członków załogi i
 - b) jest prowadzona przez osobę, która ma patent jachtowego sternika morskiego lub kapitana jachtowego Polskiego Związku Żeglarskiego lub adekwatne uprawnienia wydane przez ISSA (Inshore Skipper, Offshore Skipper lub Master of Yacht)

-
- | | |
|-------|---|
| 3 | wspinaczka skałkowa poniżej 4000 m n.p.m. z użyciem specjalistycznego sprzętu, na drogach do 5 klasy trudności włącznie wg klasyfikacji UIAA, V klasyfikacji polskiej, 4b brytyjskiej, 5.7 północnoamerykańskiej, 4+ francuskiej, 14 australijskiej, 5 skandynawskiej lub III saksońskiej |
| <hr/> | |
| 4 | wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m. |
-

2. Aktywności, które wymieniamy w tabelach powyżej, nie mogą stanowić Aktywności Zarobkowej Ubezpieczonego.
3. Jeśli Ubezpieczony ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi w czasie aktywności, które wymieniamy wyżej, to wypłacamy pieniądze z Umowy Dodatkowej, w której zgodnie z tym dokumentem rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową. Wypłata następuje zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia tej Umowy Dodatkowej.

ART. 3 KIEDY KOŃCZY SIĘ UMOWA DODATKOWA

1. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) gdy upłynie okres, na który została zawarta,
 - b) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - c) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,

- d) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna albo Umowa dodatkowa terminowego ubezpieczenia na życie, którą zawarłeś z nami na rzecz Ubezpieczonego objętego przez nas ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - e) gdy zostanie rozwiązana ostatnia Umowa Dodatkowa, w której rozszerzamy ochronę ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego zgodnie z tym dokumentem,
 - f) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
2. Nie przedstawiamy Ci propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej, jeśli w pierwszym dniu tej umowy Ubezpieczony miałby 75 lat lub więcej.

ART. 4 ILE KOSZTUJE UBEZPIECZENIE

1. Miesięczna składka za Umowę Dodatkową jest zgodna z naszą taryfą składek i zależy od:
 - a) Wiek Ubezpieczonego,
 - b) Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i czasu trwania Umowy Dodatkowej, w której rozszerzamy zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tego dokumentu,
 - c) wyniku naszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Składka za Umowę Dodatkową jest częścią Składki.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

UMOWA DODATKOWA

Rachunek z UFK z ubezpieczeniem na życie



INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI (UFK) (RK/TZ/6/2023)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Art. 2 wraz z definicjami pojęć z art.1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Art. 18 Art. 23 Ogólnych warunków ubezpieczenia „Twoje Życie”
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Art. 12 ust. 1-4 Art. 13 ust. 1-4 Wykaz Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Art. 15 ust. 4 i 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI (UFK) (RK/TZ/6/2023)

Umowę Dodatkową zawierasz z nami na podstawie tego dokumentu. W sprawach, o których w nim nie piszemy, stosujemy **ogólne warunki ubezpieczenia Umowy Głównej**, dalej: **OWU**. Czytaj te dokumenty łącznie.

W **OWU** znajdziesz informacje, które dotyczą także Umowy Dodatkowej i ułatwią zrozumienie tego dokumentu:

- Jak zawrzeć z nami Umowę Dodatkową,
- Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie Dodatkowej,
- Jakie są Twoje obowiązki oraz obowiązki każdego Ubezpieczonego,
- Na czym polega indeksacja,
- Kiedy możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej albo ją wypowiedzieć i kiedy umowa ta ulega rozwiązaniu,
- Co jest potrzebne do wypłaty pieniędzy z ubezpieczenia i kiedy je wypłacamy,
- W jakich okolicznościach nie wypłacamy pieniędzy z Umowy Dodatkowej,
- Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy,
- Jak złożyć reklamację,
- W jaki sposób będą rozwiązywane ewentualne spory,
- Co jeszcze trzeba wiedzieć o tym ubezpieczeniu.

ART. 1 CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Alokacja** – przeliczenie Regularnej Składki Kapitałowej oraz Dodatkowej Składki Kapitałowej na Jednostki Funduszy, zgodnie ze wskazanym przez Ciebie podziałem między Fundusze
2. **Dodatkowa Składka Kapitałowa** – kwota, którą wpłacasz w dowolnych terminach po zawarciu Umowy Dodatkowej w celu gromadzenia dodatkowych środków
3. **Dzień Rejestracji Wpłaty** – dzień, w którym Regularna lub Dodatkowa Składka Kapitałowa wpływa na nasz rachunek bankowy
4. **Dzień Roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy
5. **Jednostki Funduszu (Jednostki)** – udziały o jednakowej wartości, na które jest podzielony Fundusz
6. **Rachunek Jednostek (Rachunek)** – rachunek, na którym rejestrujemy Jednostki Funduszu po Alokacji i z którego odpisujemy Jednostki, gdy decydujesz się na przeniesienie Jednostek lub wypłatę środków, oraz pobieramy opłaty. Rachunek ten otwieramy w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej
7. **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (Regulamin Funduszy)** – dokument, który zawiera informacje o:
 - a) Funduszach z naszej oferty, ich celach i zasadach działania oraz
 - b) profilach inwestycyjnych i Funduszach, które są dostępne w ramach tych profili.Czytaj go łącznie z ogólnymi warunkami tej Umowy Dodatkowej
8. **Regularna Składka Kapitałowa** – kwota, którą wpłacasz jako część Składki i przeznaczasz na regularne gromadzenie środków na Rachunku. Składka ta podlega indeksacji zgodnie z OWU
9. **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota, którą przyjmujemy do obliczenia świadczenia ubezpieczeniowego, które wypłacamy, gdy Ubezpieczony umiera w czasie trwania Umowy Dodatkowej. Kwota ta jest równa 500 zł i nie podlega indeksacji
10. **Ubezpieczony** – osoba, której życie obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej i która:
 - a) jest Ubezpieczonym Głównym i Ubezpieczającym w Umowie i
 - b) w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej ma mniej niż 61 lat
11. **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (Fundusz)** – część naszych aktywów, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z Regulaminem Funduszy. Fundusze różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz inwestują w jednostki uczestnictwa różnych kategorii funduszy i subfunduszy inwestycyjnych, a przez to pośrednio w wiele instrumentów finansowych (np. obligacje, akcje, instrumenty rynku pieniężnego)

12. **Wartość Jednostki Funduszu (Wartość Jednostki)** – wartość, zgodnie z którą Jednostki Funduszu są rejestrowane na Rachunku i z niego odpisywane. Ustalamy ją zgodnie z Regulaminem Funduszy
13. **Wartość Rachunku** – wartość Jednostek Funduszu zarejestrowanych na Rachunku, którą obliczamy, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu przez ich wartość w danym dniu
14. **Wykaz Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK)** – dokument, który zawiera limity oraz opłaty stosowane przez nas w Umowie Dodatkowej. Czytaj go łącznie z ogólnymi warunkami tej Umowy Dodatkowej

ART. 2 CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE (PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA)

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmujemy życie Ubezpieczonego.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej oraz Wartość Rachunku (świadczenie ubezpieczeniowe).

ART. 3 JAK DŁUGO TRWA UMOWA DODATKOWA

1. Umowę Dodatkową zawieramy z Tobą na czas nieokreślony.
2. Przed zawarciem Umowy Dodatkowej uzyskujemy w formie ankiety informacje dotyczące Twoich potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz sytuacji finansowej, abyśmy mogli dokonać oceny, które z ubezpieczeń z naszej oferty jest odpowiednie do Twoich potrzeb.
3. Zawrzemy z Tobą Umowę Dodatkową, jeśli na podstawie uzyskanych informacji uznamy, że jest ona odpowiednia do Twoich potrzeb. W przeciwnym razie Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez Ciebie pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z naszym ostrzeżeniem, że umowa nie jest odpowiednia do Twoich potrzeb.
4. Możesz odmówić wypełnienia tej ankiety. W takim przypadku mamy ograniczoną możliwość oceny, które z ubezpieczeń z naszej oferty jest odpowiednie do Twoich potrzeb i możesz zawrzeć Umowę wyłącznie wtedy, gdy złożysz pisemne żądanie jej zawarcia.
5. Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - a) w chwili śmierci Ubezpieczonego, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową w tej Umowie Dodatkowej,
 - b) gdy minie ostatni dzień Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - c) gdy zostanie rozwiązana Umowa Główna Ubezpieczonego,
 - d) gdy zostanie rozwiązana Umowa.
6. Jeśli wybierzesz opcję wpłacania tylko Dodatkowej Składki Kapitałowej, to ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumentcie Ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas pierwszej takiej składki.

ART. 4 CO SIĘ DZIEJE ZE SKŁADKAMI, KTÓRE WPŁACASZ

1. Regularne i Dodatkowe Składki Kapitałowe, które wpłacasz, przeliczamy na Jednostki Funduszy – zgodnie ze wskazanym przez Ciebie podziałem między Fundusze.
2. Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy.
3. Możesz zadeklarować opłacanie Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej albo tylko Dodatkowej Składki Kapitałowej.
4. Limity, które dotyczą Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej, wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

ART. 5 JAK WPŁACAĆ REGULARNĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ

1. Jeśli chcesz opłacać Regularną Składkę Kapitałową, to wybierasz i wskazujesz we Wniosku:
 - a) wysokość tej składki oraz
 - b) jej procentowy podział między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu).Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy; jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie

dostępny zgodnie z tymi zasadami, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.

- Regularna Składka Kapitałowa jest częścią Składki.
- Regularną Składkę Kapitałową wpłacasz:
 - w terminach płatności Składki,
 - na rachunek bankowy, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.
- Jeśli we Wniosku nie wybrałeś Regularnej Składki Kapitałowej, to możesz rozpocząć jej opłacanie po zawarciu Umowy Dodatkowej – na podstawie wniosku o zmianę. Wniosek ten wymaga naszej akceptacji.
- Jeśli chcesz zrezygnować z opłacania Regularnej Składki Kapitałowej, poinformuj nas o swojej decyzji. Zmiana obowiązuje od terminu płatności następnej Składki.
- W okresie, w którym my przejmujemy opłacanie Składek na podstawie Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Składki, nie opłacamy Regularnej Składki Kapitałowej.

ART. 6 JAK WPŁACAĆ DODATKOWĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ

- Procentowy podział Dodatkowej Składki Kapitałowej między Fundusze jest taki sam, jak Regularnej Składki Kapitałowej.
- Jeśli chcesz opłacać tylko Dodatkową Składkę Kapitałową, to jej procentowy podział między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu) wskazujesz we Wniosku. Fundusze wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Taki sam podział będzie obowiązywał dla Regularnych Składek Kapitałowych, których opłacanie zadeklarujesz później.
- Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
- Dodatkową Składkę Kapitałową wpłacasz:
 - w dowolnych terminach w czasie trwania Umowy Dodatkowej,
 - na odrębny rachunek bankowy, który wskazujemy w Dokumencie Ubezpieczenia.

ART. 7 JAK ALOKUJEMY REGULARNĄ I DODATKOWĄ SKŁADKĘ KAPITAŁOWĄ W FUNDUSZE

- Regularną i Dodatkową Składkę Kapitałową uznajemy za zapłaconą w Dniu Rejestracji Wpłaty.
- Alokacja następuje:
 - w ciągu 7 Dni Roboczych od Dnia Rejestracji Wpłaty i najwcześniej w terminie płatności Składki – w przypadku Regularnej Składki Kapitałowej,
 - w ciągu 7 Dni Roboczych od Dnia Rejestracji Wpłaty i najwcześniej w dniu zawarcia Umowy Dodatkowej – w przypadku Dodatkowej Składki Kapitałowej,i według Wartości Jednostek z dnia Alokacji.
- Liczbę i Wartość Jednostek rejestrowanych na Rachunku i z niego odpisywanych zaokrąglamy do 5 miejsca po przecinku.

ART. 8 JAK ZMIENIĆ WYSOKOŚĆ REGULARNEJ SKŁADKI KAPITAŁOWEJ

- Możesz zmienić wysokość Regularnej Składki Kapitałowej – zgodnie z limitami, które obowiązują dla takiej składki.
- Abyśmy mogli wykonać zmianę, potrzebujemy Twojego wniosku. Zmiana wymaga naszej akceptacji.
- Zmiana obowiązuje od terminu płatności Składki, który przypada bezpośrednio po wyrażeniu przez nas zgody na taką zmianę.
- Zmianę potwierdzamy odrębną korespondencją.

ART. 9 JAK ZMIENIĆ PODZIAŁ SKŁADKI MIĘDZY FUNDUSZE

- Możesz zmienić procentowy podział następnej Regularnej Składki Kapitałowej między Fundusze.
- Nowe Fundusze wybierasz spośród tych, które są dla Ciebie dostępne w ramach Umowy Dodatkowej w dniu, w którym składasz wniosek o zmianę, zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Określasz także procentowy podział tej składki między Fundusze (minimalnie 5% do jednego Funduszu).

- Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
- Zmianę realizujemy w ciągu 7 Dni Roboczych od dnia, w którym otrzymujemy Twój wniosek.
- Nowy podział między Fundusze stosujemy do Regularnych Składek Kapitałowych oraz Dodatkowych Składek Kapitałowych, które alokujemy po dniu, w którym zrealizujemy zmianę.
- Jeśli opłacasz tylko Dodatkową Składkę Kapitałową, to w taki sam sposób możesz zmienić procentowy podział następnej Dodatkowej Składki Kapitałowej między Fundusze.

ART. 10 JAK PRZENIEŚĆ JEDNOSTKI FUNDUSZU DO INNEGO FUNDUSZU

- Możesz złożyć wniosek o przeliczenie Jednostek danego Funduszu (minimalnie 5%) na Jednostki innego Funduszu (przeniesienie). W wyniku przeniesienia na Rachunku następuje odpisanie Jednostek jednego Funduszu i rejestracja Jednostek innego Funduszu.
- Nowy Fundusz wybierasz spośród tych, które są dostępne dla Ciebie w Umowie Dodatkowej w dniu, w którym składasz wniosek, zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie Funduszy. Jeśli wybierasz Fundusz, który nie jest dla Ciebie dostępny zgodnie z tymi zasadami, to jesteś zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepisy prawa dopuszczają inną formę złożenia takiego wniosku.
- Zmianę realizujemy w ciągu 7 Dni Roboczych od dnia, w którym otrzymujemy Twój wniosek, i według Wartości Jednostek, które obowiązują w dniu realizacji zmiany.

ART. 11 JAK WYPŁAĆ PIENIĄDZE Z RACHUNKU

- Możesz złożyć wniosek o wypłatę części lub całości Wartości Rachunku.
- Rejestrujemy tylko taki wniosek, który jest kompletny i poprawnie wypełniony. Jeśli wniosek nie zawiera danych koniecznych do zrealizowania wypłaty, to prosimy o ich uzupełnienie.
- We wniosku o wypłatę części Wartości Rachunku wskazujesz:
 - kwotę, którą chcesz wypłacić lub
 - Fundusze, z których chcesz odliczyć Jednostki.Jeśli nie wskazujesz Funduszy, to odpisujemy Jednostki ze wszystkich Funduszy, proporcjonalnie do udziału Funduszy w Wartości Rachunku.
- Wypłata następuje poprzez odpisanie z Rachunku takiej liczby Jednostek Funduszy, których wartość jest równa kwocie, którą wskazujesz. Na Rachunku musi pozostać równowartość 2 minimalnych Regularnych Składek Kapitałowych. Minimalną Regularną Składkę Kapitałową wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK). Jeśli nie chcesz pozostawić na Rachunku równowartości 2 minimalnych Regularnych Składek Kapitałowych, to możesz złożyć wniosek o wypłatę całości Wartości Rachunku.
- Jeśli Wartość Jednostek Funduszu, który wskazujesz, jest zbyt niska, abyśmy mogli zrealizować oczekiwaną przez Ciebie wypłatę, to:
 - odpisujemy wszystkie Jednostki tego Funduszu,
 - brakującą kwotę uzyskujemy z proporcjonalnego odliczenia Jednostek z pozostałych Funduszy; proporcja ta wynika z udziału Wartości Jednostek danego Funduszu w Wartości Rachunku.
- Kwotę do wypłaty obliczamy według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu, w którym otrzymujemy Twój kompletny i poprawnie wypełniony wniosek. Pieniądże wypłacamy w ciągu kolejnych 14 Dni Roboczych, w złotych polskich, przelewem na Twój rachunek bankowy.
- Jeśli tego samego dnia odpisujemy i rejestrujemy Jednostki na Rachunku, to wykonujemy to w następującej kolejności:
 - odpisujemy Jednostki w związku z pobraniem opłaty dystrybucyjnej,
 - odpisujemy Jednostki w związku z wypłatą całości Wartości Rachunku,
 - odpisujemy i rejestrujemy Jednostki w związku z przeniesieniem Jednostek,
 - odpisujemy Jednostki w związku z wypłatą części Wartości Rachunku,
 - rejestrujemy Jednostki w związku z Alokacją.

ART. 12 NA CO PRZEZNACZAMY OPŁATĘ ZA ZARZĄDZANIE I ADMINISTRACJĘ FUNDUSZEM ORAZ KIEDY I W JAKIEJ WYSOKOŚCI JĄ POBIERAMY

1. Opłatę za zarządzanie i administrowanie Funduszem przeznaczamy na pokrycie kosztów:
 - a) dla zarządzających funduszami inwestycyjnymi, w które inwestowane są aktywa poszczególnych Funduszy (w tym kosztów agenta transferowego),
 - b) prowadzenia czynności księgowo-administracyjnych, w tym procesu wyceny Funduszy,
 - c) prowadzenia naszej działalności związanej z oferowaniem i obsługą ubezpieczeń z Funduszami.
2. Opłatę pobieramy przez cały czas trwania Umowy Dodatkowej – z aktywów Funduszu podczas ich wyceny, każdego Dnia Roboczego oraz ostatniego dnia miesiąca. Pobranie opłaty zmienia wartość tych aktywów, a tym samym – Wartość Jednostki.
3. Wysokość opłaty dla każdego Funduszu ustalamy zgodnie z Regulaminem Funduszy dla wszystkich umów ubezpieczenia, w których jest możliwe zakupienie Jednostek tego Funduszu.
4. Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

ART. 13 NA CO PRZEZNACZAMY OPŁATĘ DYSTRYBUCYJNĄ ORAZ KIEDY I W JAKIEJ WYSOKOŚCI JĄ POBIERAMY

1. Opłatę dystrybucyjną przeznaczamy na pokrycie kosztów zawarcia Umowy Dodatkowej.
2. Pobieramy ją z Rachunku po wykonaniu Alokacji:
 - a) każdej Regularnej Składki Kapitałowej, której termin płatności przypada w pierwszych 12 miesiącach od zawarcia Umowy Dodatkowej,
 - b) każdej Dodatkowej Składki Kapitałowej, która podlega Alokacji w pierwszych 12 miesiącach od zawarcia Umowy Dodatkowej.
3. Opłatę pobieramy 5. dnia po Alokacji poprzez proporcjonalne odliczenie z każdego Funduszu odpowiedniej liczby Jednostek według Wartości Jednostek, które obowiązują w tym dniu.
4. Wysokość tej opłaty wskazujemy w Wykazie Opłat i Limitów do Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

ART. 14 KIEDY MOŻESZ ODSTĄPIĆ OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od Umowy Dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia, w którym ją zawarłeś lub od dnia, w którym się dowiedziałeś o prawie do odstąpienia – w zależności od tego, który z tych dni jest późniejszy.
2. W takim przypadku zwracamy Ci Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu, oraz równowartość opłaty dystrybucyjnej, którą pobraliśmy do dnia odstąpienia.
3. Możesz także odstąpić od Umowy Dodatkowej w ciągu 60 dni od dnia, w którym po raz pierwszy otrzymujesz od nas roczną informację o Wartości Rachunku. W takim przypadku wypłacamy Ci Wartość Rachunku z dnia, w którym otrzymaliśmy Twoje oświadczenie o odstąpieniu.
4. Pieniądże wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od otrzymania Twojego oświadczenia o odstąpieniu, przelewem na Twój rachunek bankowy.

ART. 15 KIEDY MOŻESZ WYPOWIEDZIEĆ UMOWĘ DODATKOWĄ I KIEDY WYPŁACAMY WARTOŚĆ RACHUNKU

1. Możesz wypowiedzieć Umowę Dodatkową w dowolnym momencie w czasie jej trwania.
2. Za wypowiedzenie Umowy Dodatkowej uznamy także Twój wniosek o wypłatę całości Wartości Rachunku lub wniosek o wypłatę kwoty wyższej niż Wartość Rachunku.

3. Umowa Dodatkowa zostanie rozwiązana ostatniego dnia Miesiąca Polisowego, w którym otrzymujemy Twoje wypowiedzenie.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Dodatkowej, Umowy Głównej Ubezpieczonego lub Umowy wypłacamy Ci Wartość Rachunku. Obliczamy ją według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu, w którym otrzymujemy Twoje wypowiedzenie. Pieniądże wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od otrzymania Twojego wypowiedzenia – przelewem na Twój rachunek bankowy.
5. Wartość Rachunku wypłacamy także wtedy, gdy Umowa lub Umowa Główna Ubezpieczonego rozwiązuje się z innego powodu niż wypowiedzenie albo śmierć Ubezpieczonego Głównego. Wartość Rachunku obliczamy według Wartości Jednostek, które obowiązują następnego Dnia Roboczego po dniu rozwiązania Umowy. Pieniądże wypłacamy w ciągu 14 Dni Roboczych od dnia rozwiązania Umowy – przelewem na Twój rachunek bankowy lub – w przypadku braku takiej możliwości – w inny sposób.

ART. 16 KOMU I ILE PIENIĘDZY WYPŁACAMY, JEŚLI UMRZE UBEZPIECZONY (ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE)

1. Jeśli Ubezpieczony umrze, to wypłacamy Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej oraz Wartość Rachunku.
2. Wartość Rachunku obliczamy, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu z dnia śmierci Ubezpieczonego przez Wartość Jednostki w dniu, w którym otrzymaliśmy:
 - a) wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia oraz
 - b) dokumenty, które wskazujemy w OWU jako wymagane do ustalenia, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna.
3. Pieniądże wypłacamy osobom, które są uprawnione, aby otrzymać świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zgodnie z OWU, chyba że Ubezpieczony wskazał inne osoby.

ART. 17 CO JEST POTRZEBNE DO WYPŁATY PIENIĘDZY Z UBEZPIECZENIA

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata się należy, i wypłacić pieniądze z ubezpieczenia, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego oraz dokumentów, które wskazujemy w OWU.

ART. 18 W JAKICH OKOLICZNOŚCIACH NIE WYPŁACAMY SUMY UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ

Poza okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy Dodatkowej, nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie wypłacamy Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej także wtedy, gdy śmierć Ubezpieczonego następuje w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. W takim przypadku wypłacamy Wartość Rachunku. Obliczamy ją, mnożąc liczbę Jednostek Funduszu z dnia Twojej śmierci przez Wartość Jednostki w dniu, w którym otrzymaliśmy:

- a) wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową jest uprawniona do świadczenia oraz
- b) dokumenty, które wskazujemy w OWU jako wymagane do ustalenia, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu z 15 marca 2023 r. i weszły w życie 15 kwietnia 2023 r.

WYKAZ OPŁAT I LIMITÓW DO UMOWY DODATKOWEJ NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI (UFK)

1. Minimalne i maksymalne składki, które obowiązują w Umowie Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK):

	Minimalna	Maksymalna
Regularna Składka Kapitałowa	50 zł	2000 zł
Dodatkowa Składka Kapitałowa	500 zł	500 000 zł

2. Opłata za zarządzanie i administrację Funduszem

Wysokość kosztów, które ponosisz w związku z zarządzaniem i administracją danym Funduszem jest wskazana w tabelach poniżej.

- A. Opłaty dla Funduszy, których środki inwestujemy w jednostki uczestnictwa Subfunduszy inwestycyjnych otwartych zarządzanych przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A. (dalej Allianz TFI):

Nazwa Funduszu	Opłata w skali roku ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów netto każdego z Funduszy
UFK Strategia Obligacyjna	0,95%
UFK Strategia Stabilna	1,65%
UFK Strategia Zrównoważona	1,80%
UFK Strategia Akcyjna	1,95%

Allianz TFI pobiera wynagrodzenie za zarządzanie danymi Subfunduszami inwestycyjnymi, których jednostki wchodzi w skład aktywów Funduszy, jednak my, pobierając opłatę wskazaną w tabeli powyżej, pomniejszamy ją o wynagrodzenie pobierane przez Allianz TFI.

- B. Opłata dla Funduszu, którego środki inwestujemy w tytuły uczestnictwa Subfunduszu zarządzanego przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny Allianz Global Investors Fund:

Nazwa Funduszu	Opłata w skali roku ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów netto każdego z Funduszy
UFK Strategia Akcji Europejskich	1,40%

W przypadku Subfunduszu Allianz Global Investors Fund aktywa Funduszu obciążone są także pośrednio opłatą za zarządzanie, pobieraną przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny.

Wysokość opłaty za zarządzanie, pobieranej przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny prezentujemy na naszej stronie internetowej: https://www.allianz.pl/pl_PL/dla-ciebie/zycie-i-zdrowie/ubezpieczeniowe-fundusze-kapitalowe/strategia-akcji-europejskich.html. Jest ona także uwzględniona we wskaźniku kosztów całkowitych.

3. Oprócz wyżej wskazanych kosztów, aktywa Funduszu mogą być obciążone także pośrednio kosztami operacyjnymi Subfunduszy, które zostały uwzględnione w wyliczeniach prezentowanych w dokumencie zawierającym kluczowe informacje (KID) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 z dnia 26 listopada 2014 r. w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) z późniejszymi zmianami.
4. Opłata Dystrybucyjna: 2,5% obliczane od wysokości wpłaconej Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej, zgodnie z zapisami Ogólnych warunków ubezpieczenia Umowy Dodatkowej na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK).

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu nr 18/2024 i ma zastosowanie do Umów Dodatkowych na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (UFK) do ubezpieczenia „Twoje Życie” zawartych od 16 marca 2024 r.

REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH (RUFK/TZ/7/2024)

Dokument ten zawiera informacje o ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych, które mogą być dostępne w ramach umowy ubezpieczenia „Twój Plan” i Umowy dodatkowej na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie”, oraz ich celach i zasadach działania.

W ogólnych warunkach ubezpieczenia tych umów znajdziesz definicje pojęć, którymi posługujemy się także w tym dokumencie:

- Dzień Roboczy,
- Dodatkowa Składka Kapitałowa,
- Jednostki Funduszu (Jednostki),
- Rachunek,
- Regularna Składka Kapitałowa,
- Ubezpieczony,
- Uposażony,
- Uposażony Zastępczy,
- Wartość Jednostki Funduszu (Wartość Jednostki).

I. CO OZNACZAJĄ POJĘCIA, KTÓRE PISZEMY WIELKĄ LITERĄ

1. **Dzień Wyceny** – dzień, na który wyceniamy aktywa Funduszu, ustalamy Wartość Aktywów Netto Funduszu oraz Wartość Jednostki
2. **Subfundusz** – subfundusz funduszy inwestycyjnych otwartych lub Zagranicznych Funduszy Inwestycyjnych, w którego jednostki uczestnictwa lub tytuły uczestnictwa, dalej łącznie zwane jednostkami uczestnictwa, Fundusz lokuje swoje aktywa
3. **Profil Inwestycyjny** – nasza ocena tego, jakim jesteś inwestorem, czyli jaki poziom ryzyka inwestycyjnego akceptujesz oraz jakie są Twoje oczekiwania dotyczące zysków z inwestycji. Profil ten określamy na podstawie Twoich odpowiedzi na pytania z ankiety potrzeb, które dotyczą Twojej wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie, sytuacji finansowej oraz akceptowanego poziomu ryzyka inwestycyjnego. W Profilu Inwestycyjnym wskazujemy również Fundusze dostępne dla danego profilu. Jeśli nie odpowiesz na pytania z ankiety potrzeb, to nie mamy możliwości określenia Twojego Profilu Inwestycyjnego oraz wskazania dostępnych dla Ciebie Funduszy. W takiej sytuacji możesz zawrzeć Umowę wyłącznie na żądanie
4. **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK, Fundusz)** – część naszych aktywów, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z tym dokumentem. Fundusze różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz inwestują w jednostki uczestnictwa różnych kategorii funduszy i subfunduszy inwestycyjnych, a przez to pośrednio w wiele instrumentów finansowych (np. obligacje, akcje, instrumenty rynku pieniężnego)
5. **Umowa** – Umowa dodatkowa na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie” albo umowa ubezpieczenia „Twój Plan”, która przewiduje ochronę ubezpieczeniową w zakresie, który wskazujemy w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy oraz inwestowanie Regularnej i Dodatkowej Składki Kapitałowej w Fundusze
6. **Wartość Aktywów Netto Funduszu** – wartość aktywów Funduszu pomniejszona o jego zobowiązania
7. **Wartość Godziwa** – kwota, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie – uregulowane, na warunkach transakcji rynkowej; sposób ustalania tej wartości reguluje Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości z późniejszymi zmianami
8. **Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny** – fundusz inwestycyjny otwarty zarządzany przez spółkę, która uzyskała zezwolenie właściwego organu w państwie członkowskim Unii Europejskiej na prowadzenie działalności zgodnie z prawem wspólnotowym regulującym zasady zbiorowego inwestowania w papiery wartościowe

II. JAKIE FUNDUSZE MOGĄ BYĆ DOSTĘPNE W UMOWIE

1. W zależności od Twojego Profilu Inwestycyjnego w Umowie mogą być dostępne następujące Fundusze:
 - a) Fundusz Strategia Obligacyjna,
 - b) Fundusz Strategia Stabilna,
 - c) Fundusz Strategia Zrównoważona,
 - d) Fundusz Strategia Akcyjna,
 - e) Fundusz Strategia Akcji Europejskich.
2. Lista Funduszy, którą wskazujemy powyżej może ulegać zmianom w czasie trwania Umowy. Aktualna lista Funduszy oraz informacje o zasadach ich działania znajdują się na stronie www.allianz.pl.

III. CZYM JEST FUNDUSZ I JAK LOKUJEMY AKTYWA FUNDUSZY

1. Fundusz tworzą wyodrębnione aktywa, które zbieramy i inwestujemy zgodnie z Umową i tym Regulaminem.
2. Aktywa Funduszy są naszą własnością. Decydujemy o formach, kierunkach i sposobach ich inwestowania, zarządzania oraz przechowywania. Ty, Ubezpieczony, Uposażony, Uposażony Zastępczy ani inne osoby uprawnione z Umowy nie możecie żądać wydzielenia poszczególnych aktywów przypisanych do danego Funduszu.
3. Aktywa Funduszy lokujemy z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych, które są określone w obowiązujących nas przepisach.
4. Określamy minimalny i maksymalny udział poszczególnych rodzajów aktywów w łącznej wartości aktywów Funduszu. Kiedy ustalamy te limity, bierzemy pod uwagę:
 - a) cel inwestycyjny Funduszu oraz
 - b) profil ryzyka inwestycyjnego Funduszu.Jeśli przekroczyliśmy dany limit, to niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia przekroczenia limitu, dostosowujemy stan aktywów Funduszu do tego limitu.

IV. JAKIE SĄ ZASADY TWORZENIA I UMARZANIA JEDNOSTEK ORAZ ZASADY I TERMINY ICH WYCENY

1. Jednostki powstają w momencie wprowadzenia aktywów do Funduszu. Wartość aktywów dodanych do dotychczasowych aktywów Funduszu zostaje podzielona przez Wartość Jednostki danego Funduszu, która obowiązuje w dniu powstania tej Jednostki.
2. Umorzenie Jednostek oznacza zmniejszenie aktywów Funduszu. Wartość aktywów, które wycofujemy z Funduszu, jest równa iloczynowi liczby umorzonych Jednostek oraz Wartości Jednostki, która obowiązuje w dniu ich umorzenia.
3. Wartość Jednostki ustalamy dzieląc Wartość Aktywów Netto Funduszu przez liczbę wszystkich Jednostek danego Funduszu.
4. Wartość Jednostek Funduszy określamy na każdy Dzień Roboczy oraz na każdy ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
5. Wyceny Jednostek dokonujemy najpóźniej w 1. Dniu Roboczym po dniu, na który ustalamy wartość tych Jednostek.
6. Wycena Jednostki może zostać opóźniona lub może nie zostać dokonana, jeżeli z przyczyn niezależnych od nas nie dokonano wyceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, w które lokowane są aktywa Funduszu. W takim przypadku – przez okres, w jakim nie jest możliwe ustalenie wartości Jednostki Funduszu – nie są tworzone ani umarzane Jednostki tego Funduszu. Operacje te są realizowane niezwłocznie po ustaniu tych przeszkód, zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.
7. Wartość Jednostki jest podawana z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

V. JAKIE SĄ ZASADY WYCENY AKTYWÓW FUNDUSZU

1. Aktywa Funduszu wyceniamy zgodnie z zasadami określonymi w przepisach powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności w przepisach o rachunkowości.
2. Aktywa Funduszu wyceniamy według Wartości Godziwej, która pozwala na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny.
3. Wartość aktywów Funduszu ustalamy na Dzień Wyceny na podstawie wartości z dnia wyceny jednostki uczestnictwa Subfunduszu, w którego jednostki uczestnictwa lokowane są środki Funduszu.

VI. W JAKI SPOSÓB ZMIENIAMY LISTĘ FUNDUSZY, KTÓRE OFERUJEMY W RAMACH UMOWY

1. Mamy prawo zmienić listę Funduszy, które są dostępne w Umowie. Zmiana może polegać na likwidacji Funduszu, dodaniu nowego Funduszu lub zmianie polityki inwestycyjnej Funduszu.
2. Mamy prawo zlikwidować Fundusz lub zmienić politykę inwestycyjną Funduszu z istotnych przyczyn, tj. w wyniku:
 - a) likwidacji funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - b) zmiany sytuacji prawnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - c) istotnej zmiany polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - d) połączenia funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu z innym funduszem inwestycyjnym lub Subfunduszem,
 - e) rozwiązania z inicjatywy towarzystwa funduszy inwestycyjnych zarządzającego funduszem inwestycyjnym lub Subfunduszem (dalej: TFI), umowy z nami, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami,
 - f) objęcia TFI lub rynku, na którym działa lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - g) objęcia akcjonariusza TFI jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - h) rozwiązania z naszej inicjatywy umowy z TFI, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami, z powodu:
 - rażącego naruszenia warunków tej umowy lub rażącego naruszenia wykonywania umowy lub
 - utraty zaufania do TFI spowodowanej nałożeniem na TFI kary przez Komisję Nadzoru Finansowego lub Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów,
 - podniesienia przez TFI opłat pobieranych przez TFI z aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu,
 - zaistnienia uzasadnionych przesłanek, które wskazują na zagrożenie wypłacalności TFI,o ile jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, który podlega jednej z wyżej wymienionych zmian stanowią ponad 30% aktywów Funduszu lub gdy zmiana uniemożliwia realizację polityki inwestycyjnej Funduszu lub powoduje brak możliwości funkcjonowania Funduszu.
3. Niezależnie od treści ust. 2 powyżej mamy prawo zmienić politykę inwestycyjną Funduszu – poprzez usunięcie możliwości lokowania środków Funduszu w jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu, w który lokowane są aktywa Funduszu z uwagi na rozwiązanie z naszej inicjatywy umowy z TFI, która reguluje warunki zarządzania portfelem instrumentów finansowych, w tym Funduszami, z powodu:
 - a) objęcia TFI lub rynku, na którym działa lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - b) objęcia akcjonariusza TFI jakimkolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje.
4. Istotną przyczyną likwidacji Funduszu lub zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu są również okoliczności niezależne od nas, które powodują brak możliwości funkcjonowania Funduszu na warunkach wskazanych w umowie. Takimi okolicznościami w szczególności są zmiany w przepisach prawa, nowe wytyczne i rekomendacje wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz zmiany w otoczeniu makroekonomicznym, które skutkują brakiem możliwości realizacji celu inwestycyjnego we wskazanym horyzoncie inwestycyjnym.

5. Informację o planowanej zmianie udostępniamy z co najmniej 3-miesięcznym wyprzedzeniem. Jeśli z przyczyn od nas niezależnych nie jest możliwe udostępnienie informacji z takim wyprzedzeniem, to przekazujemy ją niezwłocznie po powzięciu przez nas informacji o konieczności wprowadzenia zmiany.
6. Informację o zmianie udostępniamy w szczególności za pośrednictwem Twojego indywidualnego konta w internetowym serwisie obsługi na stronie www.allianz.pl lub pisemnie.
7. Informacja o planowanym dodaniu nowego Funduszu zawiera jego nazwę, datę utworzenia oraz opis polityki inwestycyjnej.
8. Informacja o planowanej zmianie zawiera:
 - a) nazwy Funduszy, które będą podlegały zmianie, i datę, od której ta zmiana będzie obowiązywać,
 - b) opis polityki inwestycyjnej Funduszu – w przypadku zmiany polityki inwestycyjnej Funduszu,
 - c) termin, w którym możesz złożyć:
 - wniosek o przeliczenie Jednostek Funduszu, który podlega zmianie, na Jednostki innego Funduszu,
 - oświadczenie o wyborze Funduszu, w którego Jednostki będzie alokowana część albo całość Regularnej Składki Kapitałowej, która dotychczas była alokowana w Jednostki Funduszu, który podlega zmianie.
9. W dniu likwidacji Funduszu przeniesiemy środki zgromadzone przez Ciebie w Funduszu, który podlega zmianie:
 - a) do innego, dostępnego w ramach Twojego Profilu Inwestycyjnego Funduszu, który wskazujesz w swoim wniosku lub oświadczeniu. Jeżeli wskazujesz Fundusz spoza swojego Profilu Inwestycyjnego, to taką dyspozycję składasz pisemnie i traktujemy ją jako wniosek o zmianę warunków Umowy na Twoje żądanie, albo
 - b) jeśli nie złożysz takiego wniosku lub oświadczenia albo dokumenty te nie będą zgodne z postanowieniami Umowy – do Funduszu, którego cel inwestycyjny oraz strategia lokowania aktywów są najbardziej zbliżone do celu inwestycyjnego oraz strategii lokowania aktywów Funduszu, który podlega zmianie; Fundusz ten wybieramy zgodnie z naszą najlepszą wiedzą i wskazujemy go w informacji o planowanej zmianie.

VII. ZASADY I KRYTERIA DOBORU LOKAT, KTÓRE STOSUJEMY, GDY PODEJMUJEMY DECYZJĘ O LOKOWANIU AKTYWÓW FUNDUSZY

Aktywa Funduszy lokujemy w dominującym stopniu w jednostki uczestnictwa Subfunduszy. Podstawowe informacje o polityce inwestycyjnej poszczególnych Subfunduszy znajdziesz w ostatniej części tego dokumentu: „**W jakie Subfundusze mogą być lokowane aktywa Funduszy**”.

VIII. JAKIE RYZYKA INWESTYCYJNE WIĄŻĄ SIĘ Z INWESTOWANIEM W JEDNOSTKI

1. Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem środków w Fundusze, niezależnie od innych podziałów lub klasyfikacji, które wynikają z odrębnych przepisów prawa, na potrzeby tego Regulaminu podzieliłiśmy na 3 grupy:
 - a) niskie ryzyko inwestycyjne,
 - b) średnie ryzyko inwestycyjne oraz
 - c) wysokie ryzyko inwestycyjne.
2. Gdy decydujesz się na inwestowanie w Jednostki, weź pod uwagę ryzyka inwestycyjne związane z polityką inwestycyjną każdego Funduszu wraz z limitami inwestycyjnymi, które określają w szczególności proporcje między lokatami Funduszu w jednostki uczestnictwa poszczególnych rodzajów Subfunduszy.
3. Do najważniejszych ryzyk inwestycyjnych, które trzeba wziąć pod uwagę, należą:
 - a) **ryzyko nieosiągnięcia oczekiwanej stopy zwrotu**, a w szczególności nieosiągnięcia dochodu z inwestycji w Jednostki w związku z przyjętymi, w ramach polityki inwestycyjnej, proporcjami pomiędzy poszczególnymi rodzajami aktywów oraz selekcją poszczególnych składników aktywów Funduszy, głównie jednostek uczestnictwa Subfunduszy,
 - b) **ryzyko rynkowe**, które przejawia się zmiennością cen instrumentów finansowych w wyniku ogólnych tendencji na rynkach finansowych w kraju i na świecie; w szczególności nie możesz wykluczyć możliwości wystąpienia silnych spadków lub długoterminowego trendu spadkowego cen Jednostek Funduszy,
 - c) **ryzyko kredytowe** emitentów instrumentów finansowych, a także ryzyko, które wynika z pogorszenia kondycji finansowej emitenta, w tym obniżenia jego wiarygodności kredytowej, co może spowodować spadek cen jednostek uczestnictwa

- Subfunduszy, a w związku z tym również spadek cen Jednostek Funduszy,
- d) **ryzyko specyficzne dotyczące w szczególności instrumentów udziałowych**, związane z sytuacją poszczególnych spółek (emitentów) i ich kondycją finansową, której pogorszenie może spowodować zmniejszenie ceny akcji i innych instrumentów finansowych; ryzyko to ograniczamy poprzez lokowanie aktywów Funduszu w jednostki uczestnictwa Subfunduszy, których portfele papierów wartościowych są zdywersyfikowane,
- e) **ryzyko płynności** wynikające z możliwości wystąpienia sytuacji, w której ze względu na niskie obroty danym instrumentem finansowym nie jest możliwe dokonanie transakcji pakietem tych instrumentów finansowych bez znaczącego wpływu na ich ceny, co może niekorzystnie wpłynąć na ceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a przez to ceny Jednostek Funduszy. Ryzyko płynności obejmuje również ryzyko wstrzymania odkupień jednostek uczestnictwa Subfunduszy, wchodzących w skład aktywów Funduszy,
- f) **ryzyko walutowe**, związane z możliwością straty lub zmniejszenia zysku w wyniku niekorzystnych zmian kursów walut; zmiany te negatywnie wpływają na wartość składników aktywów lub zobowiązania Funduszu, a przez to także na cenę Jednostki,
- g) **ryzyko inflacji**, które może wpłynąć na ceny jednostek uczestnictwa Subfunduszy, a przez to ceny Jednostek Funduszy oraz wpływa na wysokość zrealizowanej przez Fundusze realnej stopy zwrotu,

- h) **ryzyko likwidacji funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy, która to likwidacja może prowadzić do sprzedaży aktywów funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu po zaniżonych cenach, co może skutkować tym, że stracisz część lub całość zgromadzonych przez Ciebie środków,
- i) **ryzyko zmiany polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego lub Subfunduszu**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy, co może negatywnie wpłynąć na wartość zgromadzonych przez Ciebie środków.
4. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w Jednostki ponosisz Ty oraz osoba uprawniona do otrzymania wypłaty z tytułu śmierci.

IX. JAKIE FUNDUSZE SĄ DOSTĘPNE W POSZCZEGÓLNYCH PROFILACH INWESTYCYJNYCH

1. Profile Inwestycyjne oraz dostępne w ramach tych Profilów Fundusze wskazujemy w tabeli:

Profil Inwestycyjny (od najniższego do najwyższego ryzyka inwestycyjnego)	Dostępne Fundusze	Ryzyko inwestycyjne
Ostrożny W tym profilu ochrona kapitału oraz stabilność inwestycji są najważniejsze. Poziom ryzyka inwestycyjnego jest niski, okresowo średni. Zwrot z inwestycji może być jednak niższy niż poziom inflacji, a w pewnych okresach nawet ujemny.	Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Obligacyjna Fundusz jest przeznaczony dla osób, które akceptują jedynie niski (okresowo średni) poziom ryzyka i oczekują stabilnego wzrostu oszczędności.	Niskie, okresowo średnie
Umiarkowany W tym profilu oprócz ochrony kapitału istotne jest również uzyskanie dochodu przy akceptacji średniego poziomu ryzyka inwestycyjnego.	Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Stabilna Fundusz jest przeznaczony dla osób, które oczekują stabilnego wzrostu oszczędności w średnim okresie, przy akceptacji średniego ryzyka inwestycyjnego, a jednocześnie akceptują okresowo podwyższoną zmienność ceny Jednostki Funduszu.	Średnie
	Inny Fundusz dostępny w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Obligacyjna	Niskie, okresowo średnie
Zrównoważony W tym profilu charakterystyczna jest średnia tolerancja ryzyka inwestycyjnego. Inwestorzy oczekują wzrostu wartości inwestycji w długim okresie, a poziom ryzyka inwestycyjnego jest średni.	Fundusz rekomendowany: Fundusz Strategia Zrównoważona Fundusz jest przeznaczony dla osób, których celem jest osiągnięcie wysokich dochodów z inwestycji w długim horyzoncie inwestycyjnym, przy niższym ryzyku niż w przypadku funduszy akcyjnych ale jednocześnie przy akceptacji wyższej zmienności niż w przypadku Profilu Umiarkowanego.	Średnie
	Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Stabilna Fundusz Strategia Obligacyjna	Średnie Niskie, okresowo średnie
Dynamiczny W tym profilu charakterystyczna jest skłonność do ponoszenia wysokiego ryzyka inwestycyjnego w oczekiwaniu na wysokie stopy zwrotu.	Fundusze rekomendowane: Fundusz Strategia Akcyjna Fundusz Strategia Akcji Europejskich Oba te Fundusze są przeznaczone dla osób oczekujących w długim horyzoncie inwestycyjnym wysokich dochodów poprzez inwestycje na rynkach akcji (Fundusz Strategia Akcyjna) lub w dominującym stopniu na europejskich rynkach akcji (Fundusz Strategia Akcji Europejskich), które charakteryzują się jednocześnie wysoką zmiennością.	Wysokie Wysokie
	Inne Fundusze dostępne w ramach tego Profilu Inwestycyjnego: Fundusz Strategia Zrównoważona Fundusz Strategia Stabilna Fundusz Strategia Obligacyjna	Średnie Średnie Niskie, okresowo średnie

2. Twój Profil Inwestycyjny oraz Fundusze, które są dostępne w ramach tego profilu, wskazujemy w rekomendacji ubezpieczenia, którą przedstawiamy po wypełnieniu przez Ciebie ankiety potrzeb. W czasie trwania Umowy masz dostęp do Funduszy z Twojego Profilu Inwestycyjnego.
3. Jeśli odmawiasz odpowiedzi na pytania z ankiety potrzeb i zawierasz Umowę na żądanie, to masz dostęp do wszystkich Funduszy.
4. Nie rekomendujemy zmian w Umowie z wykorzystaniem Funduszu o wyższym ryzyku inwestycyjnym, niż wynika to z Twojego Profilu

Inwestycyjnego. Jeśli jednak chcesz uzyskać dostęp do takiego Funduszu, składasz pisemny wniosek o zmianę Umowy. W wyniku takiej zmiany będziesz mieć dostęp do Funduszy:

- z Twojego dotychczasowego Profilu Inwestycyjnego oraz
- z Profilu Inwestycyjnego, w którym jest dostępny Fundusz, o który wnioskujesz.

Wprowadzenie takich zmian w Umowie potwierdzamy odrębną korespondencją.

X. JAKIE SĄ CELE ORAZ ZASADY DZIAŁANIA FUNDUSZY

Szczegółowe informacje o wszystkich Subfunduszach, ich celach i polityce inwestycyjnej znajdziesz w następnej części tego dokumentu: „W jakie Subfundusze mogą być lokowane aktywa Funduszy”.

1. Fundusz Strategia Obligacyjna

Cel inwestycyjny Funduszu	Średnioterminowy i stabilny wzrost wartości Jednostki Funduszu
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Niskie, okresowo średnie
Zmienność wartości Jednostki	Wartość Jednostki może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów.
Profil Inwestycyjny	Ostrożny

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Obligacji Dynamiczny
2. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
3. Allianz Globalny Obligacji
4. Allianz Dochodowy

Zaangażowanie Funduszu Strategia Obligacyjna w jednostki uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy, które wymieniamy wyżej wynosi od 0% do 100% wartości aktywów Funduszu, przy czym łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Obligacyjna w jednostki uczestnictwa Subfunduszy będzie wynosiło od 90% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

2. Fundusz Strategia Stabilna

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie w długim terminie dochodu poprzez inwestycje w dłużne papiery wartościowe i akcje
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Średnie
Zmienność wartości Jednostki	Wartość Jednostki może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych, zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów oraz stanu koniunktury na rynkach akcji na świecie i w kraju.
Profil Inwestycyjny	Umiarkowany

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Globalnych Akcji
2. Allianz Polskich Akcji
3. Allianz Małych Spółek
4. Allianz Nowoczesnych Technologii
5. Allianz Obligacji Dynamiczny
6. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
7. Allianz Globalny Obligacji

Łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Stabilna w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze akcyjnym wynosi od 35% do 45% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze akcyjnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 45%), zaś zaangażowanie w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze

dłużnym wynosi od 55% do 65% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze dłużnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 65%).

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

3. Fundusz Strategia Zrównoważona

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie w długim terminie dochodu głównie poprzez inwestycje w akcje i dłużne papiery wartościowe
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Średnie
Zmienność wartości Jednostki	Wartość Jednostki może podlegać istotnym zmianom oraz tendencjom spadkowym przede wszystkim w zależności od stanu koniunktury na rynkach akcji i obligacji na świecie i w kraju.
Profil Inwestycyjny	Zrównoważony

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Globalnych Akcji
2. Allianz Polskich Akcji
3. Allianz Małych Spółek
4. Allianz Nowoczesnych Technologii
5. Allianz Obligacji Dynamiczny
6. Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych
7. Allianz Globalny Obligacji

Łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Zrównoważona w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze akcyjnym wynosi od 55% do 65% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze akcyjnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 65%), zaś zaangażowanie w jednostki uczestnictwa Subfunduszy o charakterze dłużnym wynosi od 35% do 45% wartości aktywów Funduszu (maksymalny udział wartości jednostek uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy o charakterze dłużnym, które wymieniamy wyżej, w aktywach Funduszu wynosi 45%).

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dobieranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami uczestnictwa Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

4. Fundusz Strategia Akcyjna

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie dochodu w długim terminie poprzez inwestycje na krajowym i zagranicznych rynkach akcji
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Wysokie
Zmienność wartości Jednostki	Bardzo wysoka (może podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym). Wartość Jednostki w znacznym stopniu zależy przede wszystkim od koniunktury na rynkach akcji na świecie i w kraju.
Profil Inwestycyjny	Dynamiczny

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w kategorii „Z” następujących Subfunduszy:

1. Allianz Globalnych Akcji
2. Allianz Polskich Akcji

3. Allianz Małych Spółek

4. Allianz Nowoczesnych Technologii

Zaangażowanie Funduszu Strategia Akcyjna w jednostki uczestnictwa każdego z tych Subfunduszy, które wymieniamy wyżej, wynosi od 0% do 100% wartości aktywów Funduszu, przy czym łączne zaangażowanie Funduszu Strategia Akcyjna w jednostki tych Subfunduszy będzie wynosiło od 90% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, doboranymi w taki sposób, aby osiągnąć cel inwestycyjny przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami Subfunduszy niewielką część aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

5. Fundusz Strategia Akcji Europejskich

Cel inwestycyjny Funduszu	Uzyskanie dochodu w długim terminie poprzez inwestycje w dominującym stopniu na europejskich rynkach akcji
Gwarancja osiągnięcia określonej stopy zwrotu	Nie gwarantujemy osiągnięcia określonej stopy zwrotu.
Ryzyko inwestycyjne Funduszu	Wysokie
Zmienność wartości Jednostki	Bardzo wysoka (może podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym). Wartość Jednostki zależy przede wszystkim od koniunktury na rynkach akcji, zwłaszcza europejskich.
Profil Inwestycyjny	Dynamiczny

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa Subfunduszu Allianz Europe Equity Growth Select, który jest subfunduszem Zagranicznego Funduszu Inwestycyjnego Allianz Global Investors Fund, ustanowionego jako podmiot SICAV z siedzibą w Luksemburgu i zarządzanego przez spółkę Allianz Global Investors GmbH. SICAV (fr. Societe d'Investissement A Capital Variable) to rozpowszechniony w Europie Zachodniej model prawny spółek inwestycyjnych, w ramach których tworzone są i funkcjonują fundusze inwestycyjne.

Zaangażowanie Funduszu Strategia Akcji Europejskich w jednostki uczestnictwa tego Subfunduszu będzie wynosiło od 80% do 100% wartości aktywów Funduszu.

Fundusz inwestując w jednostki uczestnictwa ww. Subfunduszy zapewnia wysoki poziom dywersyfikacji między instrumentami finansowymi, dążąc do osiągnięcia celu inwestycyjnego przy zamierzonym poziomie ryzyka.

Poza jednostkami Subfunduszu, do 20% aktywów Funduszu mogą stanowić bezpośrednio środki pieniężne.

W celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Fundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.

XI. W JAKIE SUBFUNDUSZE MOGĄ BYĆ LOKOWANE AKTYWA FUNDUSZY

1. Aktywa Funduszu mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa kategorii „Z”, czyli w jedną z kategorii jednostek uczestnictwa zbywanych przez Allianz Duo Fundusz Inwestycyjny Otwarty i jednostki uczestnictwa kategorii „WT EUR”, czyli jedną z kategorii jednostek uczestnictwa zbywanych przez Zagraniczny Fundusz Inwestycyjny Allianz Global Investors Fund, następujących Subfunduszy:

Nazwa Subfunduszu	Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna
Allianz Dochodowy subfundusz Allianz Duo Fundusz Inwestycyjny Otwarty	Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje do 100% wartości aktywów w skarbowe instrumenty rynku pieniężnego, skarbowe dłużne papiery wartościowe oraz w instrumenty rynku pieniężnego i dłużne papiery wartościowe gwarantowane lub poręczone przez Skarb Państwa oraz w depozyty w bankach krajowych. Subfundusz może inwestować do 100% wartości aktywów w nieskarbowe instrumenty rynku pieniężnego oraz nieskarbowe dłużne papiery wartościowe pod warunkiem, że ich emitent lub podmiot wystawiający gwarancję lub poręczenie posiada ocenę ratingową na poziomie inwestycyjnym przyznaną przez co najmniej jedną z głównych instytucji ratingowych, z zastrzeżeniem, że maksymalnie do 10% aktywów Subfunduszu dopuszcza się udział papierów nieskarbowych nie spełniających powyższego warunku. Subfundusz może również lokować w jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, pod warunkiem, że te fundusze lub instytucje wspólnego inwestowania lokują swoje aktywa głównie w nieskarbowe dłużne instrumenty finansowe. Podstawą decyzji o doborze instrumentów finansowych jest głównie: ocena bieżącej i prognozowanej sytuacji finansowej emitentów dłużnych papierów wartościowych oraz instrumentów rynku pieniężnego, ocena bieżącej i prognozowanego poziomu rynkowych stóp procentowych oraz inflacji, analiza ratingów przyznanych emitentowi lub emisjom przez wyspecjalizowane instytucje ratingowe, ocena ryzyka spadku wartości oraz możliwości wzrostu rynkowej wartości poszczególnych instrumentów finansowych, ocena ryzyka braku płynności poszczególnych instrumentów finansowych, ocena polityki inwestycyjnej realizowanej przez krajowe i zagraniczne fundusze oraz instytucje wspólnego inwestowania w zakresie ich zgodności ze strategią inwestycyjną Subfunduszu. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.
Allianz Globalny Obligacji subfundusz Allianz Duo Fundusz Inwestycyjny Otwarty	Subfundusz o charakterze dłużnym. Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 60% do 100% wartości aktywów w krajowe i zagraniczne dłużne papiery wartościowe oraz w jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna przewiduje lokowanie w instrumenty finansowe o charakterze dłużnym. Pozostałą część aktywów Subfundusz inwestuje w instrumenty rynku pieniężnego oraz w depozyty bankowe. Podstawą decyzji o doborze instrumentów finansowych jest głównie ocena bieżącej i prognozowanej sytuacji ekonomicznej emitentów dłużnych papierów wartościowych oraz instrumentów rynku pieniężnego, ocena ryzyka niewypłacalności tych emitentów, ocena bieżącej i prognozowanego poziomu rynkowych stóp procentowych oraz inflacji, ocena ryzyka spadku oraz możliwości wzrostu rynkowej wartości poszczególnych instrumentów finansowych, ocena polityki inwestycyjnej realizowanej przez krajowe i zagraniczne fundusze oraz instytucje wspólnego inwestowania w zakresie ich zgodności ze strategią inwestycyjną Subfunduszu. W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.

Nazwa Subfunduszu	Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna
Allianz Dłużnych Papierów Korporacyjnych subfundusz Allianz Duo Fundusz Inwestycyjny Otwarty	<p>Subfundusz o charakterze dłużnym.</p> <p>Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat.</p> <p>Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 70% do 100% wartości aktywów Subfunduszu w nieskarbowe instrumenty rynku pieniężnego, nieskarbowe dłużne papiery wartościowe oraz w jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne, tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, pod warunkiem, że wyżej wymienione fundusze lub instytucje wspólnego inwestowania lokują swoje aktywa głównie w nieskarbowe dłużne instrumenty finansowe.</p> <p>Podstawą decyzji o doborze instrumentów finansowych jest głównie ocena bieżącej i prognozowanej sytuacji ekonomicznej emitentów dłużnych papierów wartościowych oraz instrumentów rynku pieniężnego, ocena ryzyka niewypłacalności tych emitentów, ocena bieżącego i prognozowanego poziomu rynkowych stóp procentowych oraz inflacji, ocena ryzyka spadku oraz możliwości wzrostu rynkowej wartości poszczególnych instrumentów finansowych, ocena polityki inwestycyjnej realizowanej przez krajowe i zagraniczne fundusze oraz instytucje wspólnego inwestowania w zakresie ich zgodności ze strategią inwestycyjną Subfunduszu.</p> <p>W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.</p>
Allianz Obligacji Dynamiczny subfundusz Allianz Duo Fundusz Inwestycyjny Otwarty	<p>Subfundusz o charakterze dłużnym.</p> <p>Cel Subfunduszu: wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat.</p> <p>Polityka inwestycyjna: Subfundusz lokuje od 50% do 100% wartości aktywów Subfunduszu w dłużne papiery wartościowe. Od 0% do 50% aktywów Subfunduszu lokuje w instrumenty rynku pieniężnego oraz w depozyty bankowe.</p> <p>Subfundusz może lokować w jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna przewiduje lokowanie w instrumenty finansowe o charakterze dłużnym.</p> <p>Podstawą decyzji o doborze instrumentów finansowych jest głównie ocena bieżącej i prognozowanej sytuacji ekonomicznej emitentów dłużnych papierów wartościowych oraz instrumentów rynku pieniężnego, ocena bieżącego i prognozowanego poziomu rynkowych stóp procentowych oraz inflacji, ocena ryzyka spadku oraz możliwości wzrostu rynkowej wartości dłużnych papierów wartościowych i instrumentów rynku pieniężnego oraz ocena ryzyka niewypłacalności emitentów.</p> <p>W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.</p>
Allianz Nowoczesnych Technologii subfundusz Allianz Duo Fundusz Inwestycyjny Otwarty	<p>Subfundusz o charakterze akcyjnym.</p> <p>Cel Subfunduszu: długoterminowy wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat.</p> <p>Polityka inwestycyjna: udział lokat w akcje oraz instrumenty finansowe o podobnym poziomie ryzyka wynosi od 60% do 100% wartości aktywów Subfunduszu, przy czym Subfundusz dąży do tego, aby co najmniej połowa wartości portfela akcji Subfunduszu była inwestowana w akcje spółek nowoczesnych technologii.</p> <p>Pozostałą część aktywów subfundusz inwestuje w instrumenty dłużne, głównie w instrumenty rynku pieniężnego oraz w depozyty bankowe.</p> <p>Podstawą decyzji o lokatach w akcje jest głównie analiza obecnej i prognozowanej sytuacji ekonomiczno-finansowej i pozycji rynkowej poszczególnych spółek, ocena poziomu cen rynkowych poszczególnych akcji oraz ocena ryzyka spadku i możliwości wzrostu cen papierów wartościowych.</p> <p>W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.</p>
Allianz Małych Spółek subfundusz Allianz Duo Fundusz Inwestycyjny Otwarty	<p>Subfundusz o charakterze akcyjnym.</p> <p>Cel Subfunduszu: długoterminowy wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat.</p> <p>Polityka inwestycyjna: udział lokat w akcje oraz instrumenty finansowe o podobnym poziomie ryzyka wynosi od 60% do 100% wartości aktywów Subfunduszu, przy czym Subfundusz dąży do tego, aby co najmniej połowa wartości portfela akcji Subfunduszu była inwestowana w akcje małych spółek.</p> <p>Pozostałą część aktywów subfundusz inwestuje w instrumenty dłużne, głównie w instrumenty rynku pieniężnego oraz w depozyty bankowe.</p> <p>Podstawą decyzji o lokatach w akcje jest głównie analiza obecnej i prognozowanej sytuacji ekonomiczno-finansowej i pozycji rynkowej poszczególnych spółek, ocena poziomu cen rynkowych poszczególnych akcji oraz ocena ryzyka spadku i możliwości wzrostu cen papierów wartościowych.</p> <p>W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.</p>
Allianz Polskich Akcji subfundusz Allianz Duo Fundusz Inwestycyjny Otwarty	<p>Subfundusz o charakterze akcyjnym.</p> <p>Cel Subfunduszu: długoterminowy wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat.</p> <p>Polityka inwestycyjna: udział lokat w akcje wynosi od 60% do 100% wartości aktywów Subfunduszu. Subfundusz inwestuje przede wszystkim w akcje spółek notowanych na Gieldzie Papierów Wartościowych w Warszawie SA.</p> <p>Pozostałą część aktywów Subfundusz inwestuje w instrumenty dłużne, głównie w instrumenty rynku pieniężnego oraz w depozyty bankowe.</p> <p>Podstawą decyzji o lokatach w akcje jest głównie analiza obecnej i prognozowanej sytuacji ekonomiczno-finansowej i pozycji rynkowej poszczególnych spółek, ocena poziomu cen rynkowych poszczególnych akcji oraz ocena ryzyka spadku i możliwości wzrostu cen papierów wartościowych.</p> <p>W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.</p>
Allianz Globalnych Akcji subfundusz Allianz Duo Fundusz Inwestycyjny Otwarty	<p>Subfundusz o charakterze akcyjnym, który inwestuje w dominującym stopniu na rynkach zagranicznych.</p> <p>Cel Subfunduszu: długoterminowy wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat.</p> <p>Polityka inwestycyjna: całkowita wartość lokat w akcjach oraz w tytułach uczestnictwa emitowanych przez fundusze zagraniczne lub przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, które inwestują głównie w akcje wynosi nie mniej niż 60% i może wynieść 100% wartości aktywów Subfunduszu.</p> <p>Portfel akcji Subfunduszu w ramach inwestycji bezpośrednich lub pośrednio poprzez tytuły uczestnictwa jest szeroko zdywersyfikowany.</p> <p>Pozostałą część aktywów Subfundusz inwestuje w instrumenty dłużne, głównie w instrumenty rynku pieniężnego oraz w depozyty bankowe.</p> <p>Podstawą decyzji o lokatach Subfunduszu jest głównie analiza prognozowanej sytuacji na poszczególnych rynkach akcji oraz ocena ryzyka spadku oraz możliwości wzrostu wartości rynkowej poszczególnych tytułów uczestnictwa lub papierów wartościowych.</p> <p>W celu sprawnego zarządzania portfelem lub ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.</p>

Nazwa Subfunduszu	Charakterystyka Subfunduszu oraz jego cele i polityka inwestycyjna
Allianz Europe Equity Growth Select subfundusz Allianz Global Investors Fund	<p>Subfundusz o charakterze akcyjnym, który inwestuje w dominującym stopniu w Europie.</p> <p>Cel Subfunduszu: długoterminowy wzrost wartości aktywów Subfunduszu w wyniku wzrostu wartości lokat.</p> <p>Polityka inwestycyjna: Celem inwestycyjnym Subfunduszu jest długoterminowy wzrost kapitału dzięki inwestycjom w dominującym stopniu na europejskich rynkach kapitałowych, ze szczególnym uwzględnieniem akcji spółek wzrostowych posiadających dużą kapitalizację rynkową. Spółki posiadające dużą kapitalizację rynkową to spółki, których kapitalizacja rynkowa w dniu dokonania lokaty wynosi co najmniej 5 mld EUR. Przynajmniej 70% aktywów Subfunduszu jest bezpośrednio inwestowanych w akcje.</p> <p>Spółki wzrostowe są spółkami, które zdaniem zarządzających tym Subfunduszem będą w stanie powiększać skalę działalności czy zwiększać zyski. Nie musi to oznaczać, że ceny ich akcji wzrosną. Na ceny akcji, a przez to także na wynik Funduszu, wpływają także inne czynniki, takie jak np. oczekiwania inwestorów (przykładowo cena akcji spółki, która zwiększa zyski wolniej niż oczekują analitycy, może spaść).</p> <p>W celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego Subfundusz może zawierać umowy, których przedmiotem są instrumenty pochodne.</p> <p>Subfundusz jest produktem inwestycyjnym, który promuje między innymi aspekt środowiskowy lub społeczny, lub oba te aspekty, chociaż jego celem nie są zrównoważone inwestycje (art. 8 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/2088 z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie ujawniania informacji związanych ze zrównoważonym rozwojem w sektorze usług finansowych).</p>

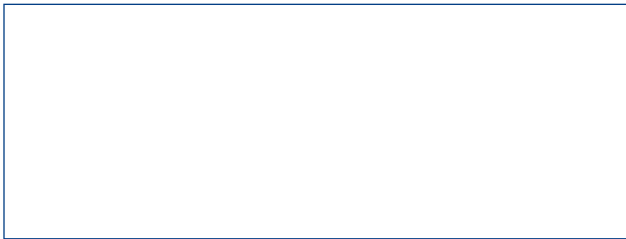
2. Szczegółowe informacje o zasadach działania Subfunduszy, polityce inwestycyjnej, a także dane finansowe są zawarte w odpowiednich statutach, regulaminach lub innych dokumentach dotyczących Subfunduszy.

Dokument został przyjęty uchwałą Zarządu 8/2024 i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia „Twój Plan” i Umów dodatkowych na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi (UFK) do umowy „Twoje Życie” zawartych od 8 marca 2024 roku.

TU Allianz Życie Polska S.A.

ul. Inflancka 4B
00-189 Warszawa

Skontaktuj się z agentem



Infolinia: 224 224 224 opłata zgodna z taryfą danego operatora
www.allianz.pl