

Podstawowe informacje o umowach dodatkowych do umowy ubezpieczenia Uniwersalnego Nowa Perspektywa (PI-UD/NPER/9/2024)

Poniżej przedstawiamy podstawowe informacje o dodatkowych umowach ubezpieczenia, o których zawarcie możesz wnioskować w czasie trwania umowy Nowa Perspektywa (dalej: Umowa Główna). Znajdziesz tu informacje o przedmiocie i zakresie ubezpieczenia tych umów, przystępujących świadczeniach oraz istotnych ograniczeniach odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. (dalej: Allianz).

Zwracamy uwagę, że pełne informacje o danej dodatkowej umowie ubezpieczenia, w tym dotyczące wszystkich ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności Allianz, znajdują się w warunkach ogólnych tej umowy, które są dostępne na naszej stronie internetowej: www.allianz.pl.

Partner oraz dzieci Głównego Ubezpieczonego mogą zostać objęci ochroną w czasie trwania umowy Nowa Perspektywa poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia, zgodnie z poniższą tabelą, pod warunkiem zawarcia na ich rzecz Dodatkowych Umów Terminowego Ubezpieczenia na Życie.

Czas trwania umów dodatkowych

Umowy dodatkowe są zawierane na 1 rok, przy czym pierwsza umowa jest zawierana na okres do najbliższej albo do kolejnej rocznicy ubezpieczenia (w zależności od tego, kiedy przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w tej umowie). Wyjątkiem jest Dodatkowa Umowa Terminowego Ubezpieczenia na Życie dla

Głównego Ubezpieczonego i jego partnera, która jest zawierana na 5 lat, przy czym pierwsza umowa jest zawierana do piątej rocznicy ubezpieczenia przypadającej po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w tej umowie. Umowy są zawierane na kolejne odpowiednio roczne albo 5-letnie okresy – na podstawie oferty przedstawionej przez Allianz, zgodnie z zasadami opisanymi w warunkach ogólnych.

Ochrona z tytułu umowy dodatkowej zawartej na rzecz Ubezpieczonego kończy się w związku z:

- rozwiązaniem tej umowy dodatkowej,
- rozwiązaniem Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie zawartej na rzecz tego Ubezpieczonego,
- rozwiązaniem Umowy Głównej,
- przekształceniem Umowy Głównej w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta w przypadku, gdy Allianz nie przedstawił oferty jej zawarcia na następny okres,
- w sytuacjach wskazanych w poniższych opisach.

Opłacanie składek za umowy dodatkowe

Składki za umowy dodatkowe są opłacane łącznie ze składką za Umowę Główną, w terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje poważne zachorowania Ubezpieczonego wskazane w warunkach ogólnych:

- ponad 50 poważnych zachorowań dla osób dorosłych, np. nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym/ niskim stadium zaawansowania, udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne, zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), schyłkowa niewydolność nerek, przeszczep narządów,
- ponad 25 poważnych zachorowań dla dzieci, np. nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym/ niskim stadium zaawansowania, cukrzyca typu 1 (insulinozależna), tagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne, o ile Ubezpieczony przeżył okres po wystąpieniu poważnego zachorowania, wskazany w warunkach ogólnych. Ubezpieczenie obejmuje również przypadek, gdy Ubezpieczony zmarł w tym okresie wskutek nieszczęśliwego wypadku i wypadek ten nie był przyczyną wystąpienia poważnego zachorowania.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie w razie poważnego zachorowania to procent sumy ubezpieczenia, przypisany temu zachorowaniu w warunkach ogólnych, z uwzględnieniem:

- limitu świadczeń, czyli wyrażonej w procencie sumy ubezpieczenia, maksymalnej łącznej wysokości świadczeń w razie wystąpienia poważnych zachorowań. Wynosi on 130% sumy ubezpieczenia i dotyczy łącznie pierwszej i wszystkich kolejnych umów dodatkowych,
- maksymalnej – wyrażonej w procencie sumy ubezpieczenia – wysokości świadczeń w razie wystąpienia poważnych zachorowań, pogrupowanych w odrębne zbiory wskazane w warunkach ogólnych. Ta maksymalna wysokość świadczeń wynosi łącznie 100% dla każdego takiego zbioru i dotyczy łącznie pierwszej i wszystkich kolejnych umów dodatkowych.

Ubezpieczenie w zakresie wszystkich poważnych zachorowań, którym zostało przypisane 100% sumy ubezpieczenia, obejmuje wypłatę wyłącznie jednego świadczenia – za to poważne zachorowanie, które wystąpi najwcześniej.

Ubezpieczenie w zakresie każdego poważnego zachorowania, któremu zostało przypisane 10% sumy ubezpieczenia – z wyjątkiem nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym/ niskim stadium zaawansowania – obejmuje wypłatę jednego świadczenia niezależnie od tego, ile razy takie poważne zachorowanie wystąpi w ramach pierwszej lub kolejnych umów dodatkowych.

Ochrona z tytułu umowy dodatkowej kończy się z chwilą:

- wystąpienia najwcześniejszego z poważnych zachorowań, którym zostało przypisane 100% sumy ubezpieczenia,
- wystąpienia poważnego zachorowania, które – wraz z wcześniej wypłaconymi świadczeniami za poważne zachorowania – spowoduje osiągnięcie limitu świadczeń.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:

- poważnego zachorowania, jeżeli Ubezpieczony zmarł w okresie po wystąpieniu poważnego zachorowania, wskazanym w warunkach ogólnych – chyba, że Ubezpieczony zmarł wskutek nieszczęśliwego wypadku i wypadek ten nie był przyczyną wystąpienia poważnego zachorowania,
- poważnego zachorowania, które wystąpiło w ciągu pierwszych 90 dni ochrony z tytułu pierwszej umowy dodatkowej i nie było następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- zachorowania na nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym/ niskim stadium zaawansowania, jeżeli w okresie 12 miesięcy poprzedzających to zachorowanie wystąpił inny taki nowotwór, w związku z którym Allianz wypłacił świadczenie w ramach pierwszej lub kolejnych umów dodatkowych,
- zachorowania na nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym/ niskim stadium zaawansowania, dotyczącego tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu – w przypadku narządów położonych symetrycznie – co inny taki nowotwór, w związku z którym Allianz wypłacił świadczenie w ramach pierwszej lub kolejnych umów dodatkowych.

Ubezpieczenie w zakresie następujących poważnych zachorowań nie obejmuje przypadku, gdy poważne zachorowanie wystąpiło w okresie 5 lat od rozpoczęcia ochrony udzielanej w ramach pierwszej umowy dodatkowej i przed jej rozpoczęciem u Ubezpieczonego zdiagnozowano:

- nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne lub udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych,
- chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku przeszczepu nerki lub przeszczepu serca,
- chorobę niedokrwienną serca – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass),
- nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), jeśli pierwsza umowa dodatkowa została zawarta na podstawie oferty Ubezpieczającego złożonej po 9 września 2023 r.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło w szczególności:

- w związku ze spożyciem alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,

- w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Allianz nie został poinformowany, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner i jego dzieci.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz Ubezpieczonego podczas pobytu w szpitalu lub ambulatorium, a także okoliczności skutkujące wypłatą świadczenia ryczałtowego. Zakres ubezpieczenia może obejmować, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego, okoliczności skutkujące wypłatą świadczenia lekowego. Postępowania medyczne oraz okoliczności skutkujące wypłatą dodatkowych świadczeń są wskazane w Wykazie postępowania medycznych (załącznik do warunków ogólnych).

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Kwota świadczenia zależy od rodzaju przeprowadzonego postępowania medycznego oraz Poziomu świadczeń zgodnego z wyborem Ubezpieczającego i jest wskazana w Wykazie postępowania medycznych.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:
- postępowania medycznych przeprowadzonych podczas pobytu w szpitalu, który rozpoczął się w ciągu pierwszych 90 dni ochrony z tytułu pierwszej umowy dodatkowej (ograniczenie to nie dotyczy postępowania medycznych związanych z nieszczęśliwym wypadkiem),
 - postępowania medycznych przeprowadzonych podczas pobytu w oddziale rehabilitacyjnym,
 - postępowania medycznego, jeżeli we wcześniejszym okresie ostatnich maksymalnie 5 lat Ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z takim samym postępowaniem medycznym lub w związku z postępowaniem medycznym związanym z leczeniem tej samej choroby z zastosowaniem takiej samej metody leczenia (w rozumieniu warunków ogólnych) i tytułem tych postępowania Allianz wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe (ograniczenie to nie

- dotyczy postępowania medycznego głównego ani postępowania medycznego innego, o ile zostały przeprowadzone w związku z nieszczęśliwym wypadkiem),
- postępowania medycznych przeprowadzonych podczas pobytu w ambulatorium, które nie miały charakteru leczenia inwazyjnego, nie odpowiadają opisowi postępowania z pkt I Wykazu postępowania medycznych, dotyczyły skóry lub zostały przeprowadzone z powodów diagnostycznych,
 - przeprowadzonych podczas pobytu w ambulatorium: usunięcia ciała obcego (np. kleszcza) lub szwów chirurgicznych, dializoterapii, chemioterapii, tlenoterapii, aplikowania substancji do organizmu (np. wstrzyknięcie podskórne, domięśniowe, dostawowe lub do światła naczynia krwionośnego),
 - postępowania medycznych po przekroczeniu limitu wypłat wskazanego w Wykazie postępowania medycznych.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli postępowanie medyczne przeprowadzono w szczególności:

- w związku ze spożyciem alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy lub w związku z ujawnionym w dokumentacji medycznej nadużywaniem alkoholu, leków, narkotyków, innych substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- w związku z zaburzeniami psychicznymi, upośledzeniem umysłowym lub wadą wrodzoną,
- w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner i jego dzieci.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia „Leczenie za granicą”

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ochroną ubezpieczeniową jest objęte zdrowie Ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczonego, czyli nowotworu lub konieczności przeprowadzenia następującego zabiegu: pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), operacja zastawki serca, zabieg neurochirurgiczny, przeszczep narządów, przeszczep szpiku kostnego.

Jeśli wystąpi Poważny Stan Chorobowy opisany w ogólnych warunkach ubezpieczenia, wtedy Towarzystwo zapewni:

- dostęp do Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej,
 - organizację i pokrycie kosztów Leczenia za Granicą,
 - organizację i pokrycie kosztów:
 - podróży Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej (lub 2 Osób Towarzyszących w przypadku Dziecka) lub Dawcy (w przypadku przeszczepu), 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,
 - wypłatę Ubezpieczonemu pieniędzy za każdy Dzień Pobytu w Szpitalu,
 - organizację i pokrycie kosztów Pobytu w Szpitalu Dawcy,
 - przewiezienie ciała Ubezpieczonego lub Dawcy do Polski – w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub Dawcy w czasie Leczenia za Granicą,
 - 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.

Organizacją Leczenia za Granicą oraz innych usług, które wiążą się z tym leczeniem, zajmuje się partner Towarzystwa – Further Underwriting International SLU (dalej: Further).

Poważne Stany Chorobowe są podzielone na 4 Moduły Ochrony:

- Moduł Ochrony 1: nowotwór,
- Moduł Ochrony 2: zabieg sercowo-naczyniowy – pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), operacja zastawki serca,
- Moduł Ochrony 3: zabieg neurochirurgiczny,
- Moduł Ochrony 4: przeszczep – przeszczep narządów, przeszczep szpiku kostnego.

Okres Realizacji Świadczeń trwa 36 miesięcy i jest ustalany zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, odrębnie dla każdego Modułu Ochrony.

Ubezpieczenie obejmuje tylko takie usługi i świadczenia, które są:

- organizowane i realizowane za pośrednictwem Further,
- 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,
- wykonywane w Okresie Realizacji Świadczeń dla danego Modułu Ochrony.

Poważny Stan Chorobowy musi wystąpić w czasie ochrony ubezpieczeniowej i w tym czasie musi spełniać warunki zawarte w definicji danego Poważnego Stanu Chorobowego. Definicje znajdują się w ogólnych warunkach ubezpieczenia. W przypadku konieczności przeprowadzenia któregośkolwiek z zabiegów, który jest objęty ubezpieczeniem zarówno rozpoznanie choroby, która powoduje konieczność przeprowadzenia zabiegu, jak i sama konieczność przeprowadzenia tego zabiegu muszą wystąpić po raz pierwszy w czasie ochrony ubezpieczeniowej.

Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu, gdy zostają wykorzystane Okresy Realizacji Świadczeń dla wszystkich 4 Modułów Ochrony.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Suma Ubezpieczenia jest równa 2 000 000 euro – łącznie w pierwszej i wszystkich kolejnych Umowach Dodatkowych. Każdy koszt, który Towarzystwo pokrywa dla Ubezpieczonego, Osoby Towarzyszącej lub Dawcy (w przypadku przeszczepu), pomniejsza Sumę Ubezpieczenia.

W ramach Sumy Ubezpieczenia 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.

Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu, gdy zostaje wykorzystana Suma Ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

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 pierwszych 90 dni ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Dodatkowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej.

Jeśli przyczyną Poważnego Stanu Chorobowego jest Nieszczęśliwy Wypadek, to ubezpieczenie obejmuje taki Poważny Stan Chorobowy także w ciągu tych pierwszych 90 dni.

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,
- tagodzenia 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.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie ponosi 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 nastąpił między innymi:

- w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy – o ile nie przepisali ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
- w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich lub odmową poddania się zaleconemu leczeniu lub badaniom diagnostycznym, co uniemożliwiło potwierdzenie ostatecznej

diagnozy, planu leczenia lub przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów zakupu lub wynajmu:

- 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,
- przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, bandaży, kul, okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk, wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i w związku z tym Further nie pokrywa kosztów:

- postępowania sprawdzającego, czy dana osoba, wskazana jako potencjalny Dawca spoza członków rodziny Ubezpieczonego, może być Dawcą,
- rekonwalescencji, opieki w domu, leczenia sanatoryjnego, uzdrowiskowego 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,
- organizacji i kosztów Leczenia Alternatywnego ani Leczenia Eksperymentalnego, nawet jeśli zaleca je Ekspert podczas leczenia Poważnego Stanu Chorobowego,
- organizacji i kosztów leczenia z wykorzystaniem Terapii Genowej, Terapii Komórkami Somatycznymi, Inżynierii Tkankowej, Terapii Limfocytami CAR-T,
- organizacji i pokrycia kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych, które wywołata starość lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych – niezależnie od tego, jaka była ich przyczyna.

Towarzystwo nie ponosi 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.

Further nie organizuje ani nie pokrywa kosztów Leczenia za Granicą ani kosztów innych usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli w dniu postawienia diagnozy Poważnego Stanu Chorobowego Ubezpieczony nie ma stałego miejsca zamieszkania w Polsce lub jeśli w ciągu 12 miesięcy przed postawieniem diagnozy przebywał poza Polską dłużej niż przez 183 dni kalendarzowe.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia „Assistance Onkologiczny”

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ochroną ubezpieczeniową jest objęte zdrowie Ubezpieczonego. Ubezpieczenie obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym lub wydanie Ubezpieczonemu na podstawie skierowania od Lekarza Prowadzącego karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) w czasie ochrony ubezpieczeniowej. W takim przypadku Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń medycznych takich jak:

- konsultacje z lekarzami 14 specjalności, w tym konsultacje onkologa, chirurga, hematologa,
 - diagnostyka laboratoryjna,
 - badania specjalistyczne (biopsja, USG, RTG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa),
- do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby 20 świadczeń medycznych.

Ubezpieczony może również korzystać z usług infolinii medycznej (bez limitu).

Ubezpieczenie obejmuje także pomoc assistance dla Ubezpieczonego w związku ze zdiagnozowaniem Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, w tym:

- organizację i pokrycie kosztów rehabilitacji oraz wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego,
- dostarczanie posiłków i Leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego,
- pomoc pielęgniarki, pomoc domową, opiekę nad dziećmi, Transport Medyczny,
- zwrot kosztów peruk i protez, do 5000 zł.

Ubezpieczenie obejmuje także:

- koszty konsultacji w poradni psychoonkologii (maksymalnie 5 konsultacji),
- organizację i pokrycie kosztów rehabilitacji (maksymalnie 10 konsultacji),
- konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczną dla Ubezpieczonego, w razie zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym u biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa lub biologicznego dziecka Ubezpieczonego (1 konsultacja oraz 1 test).

Ubezpieczonemu należne jest także świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (suma ubezpieczenia assistance) do wykorzystania na świadczenia assistance związane z jego Małżonkiem/Partnerem, Dzieckiem lub rodzeństwem, w tym:

- organizację i pokrycie kosztów konsultacji w poradni psychoonkologii dla Małżonka/Partnera lub Dziecka Ubezpieczonego,
- konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z biologicznym dzieckiem lub rodzeństwem Ubezpieczonego.

W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała, które powstały w wyniku operacyjnego usunięcia Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym, ubezpieczenie obejmuje także organizację i pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do 20 000 zł w odniesieniu do jednego Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym.

Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia, które są wskazane w warunkach ogólnych i są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, na terenie Polski.

Ubezpieczony korzysta ze świadczeń, które obejmuje ubezpieczenie w ramach limitów wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:

- zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne,
- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry – w stopniu zaawansowania wskazanym w warunkach ogólnych,
- nowotworów gruczołu krokowego ani raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy – w stopniu zaawansowania wskazanym w warunkach ogólnych,
- guzów granicznych jajnika – w stadium wskazanym w warunkach ogólnych,
- chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie organizuje ani nie realizuje świadczeń objętych ubezpieczeniem jeśli Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym lub wydanie karty DiLO nastąpią w szczególności:

- wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
- 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,
- wskutek leczenia eksperymentalnego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
- wskutek 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,

- wskutek umyślnego działania Ubezpieczonego,
- wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- wskutek zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania,
- wskutek wad wrodzonych,
- wskutek zakażenia wirusem HIV,
- wskutek użycia materiałów lub substancji biologicznych lub chemicznych (lub ich składników), w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

Towarzystwo nie organizuje ani nie realizuje świadczeń objętych ubezpieczeniem, jeśli postępowanie diagnostyczne w kierunku Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym rozpoczęło się przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.

Towarzystwo nie odpowiada za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Siły Wyższej.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Niezdolności do Pracy

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność do pracy rozumianą jako całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, trwająca nieprzerwanie 12 miesięcy i po zakończeniu tego okresu mająca charakter trwały i nieodwracalny. Okres trwania niezdolności do pracy musi zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe 100% sumy ubezpieczenia. Ochrona z tytułu tej umowy dodatkowej kończy się w związku z wystąpieniem niezdolności do pracy.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:

- częściowej niezdolności do pracy,
- niezdolności do pracy krótszej niż 12 miesięcy ani takiej, która nie ma charakteru trwałego i nieodwracalnego.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli niezdolność do pracy nastąpiła w szczególności:

- w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Allianz nie został poinformowany, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w ciągu 180 dni od zajścia tego wypadku.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe 100% sumy ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, ani śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku po upływie 180 dni od jego wystąpienia.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub jego następstwa miały miejsce w szczególności:

- w związku ze spożyciem alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Allianz nie został poinformowany, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskazane w Tabeli kalectwa (załącznik do warunków ogólnych), powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku nie później niż w ciągu 180 dni od tego wypadku, np. obustronna utrata wzroku, utrata słuchu, utrata kończyny, złamanie kości, oparzenie skóry, uszkodzenie narządu wewnętrznego, zgodnie z definicją w Tabeli kalectwa.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe iloczynowi sumy ubezpieczenia oraz odpowiedniego procentu kalectwa orzeczonego na podstawie Tabeli kalectwa. Łączna kwota wszystkich świadczeń wypłacanych w związku z umową dodatkową nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje uszkodzeń ciała:

- po wypłacie 100% sumy ubezpieczenia,
- niespodzowanych nieszczęśliwym wypadkiem albo powstałych po upływie 180 dni od tego wypadku,
- w sytuacji, gdy Ubezpieczony zmarł w ciągu 180 dni na skutek nieszczęśliwego wypadku, który spowodował uszkodzenia ciała.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub jego następstwa miały miejsce w szczególności:

- w związku ze spożyciem alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Allianz nie został poinformowany, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Następcstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek”

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków w życiu Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia zależy od Wariantu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego i może objąć następujące, zdefiniowane w warunkach ogólnych, zdarzenia będące następstwem nieszczęśliwego wypadku:

- śmierć, która nastąpiła w ciągu 180 dni od zajścia tego wypadku,
- trwały uszczerbek na zdrowiu wskazany w Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku (załącznik do warunków ogólnych), który powstał w ciągu 12 miesięcy od zajścia tego wypadku,
- koszty leczenia Ubezpieczonego na terenie Polski, poniesione w ciągu 12 miesięcy od zajścia tego wypadku, do których należą koszty: wizyt lekarskich, badań, pobytu w szpitalu, zabiegów, operacji, znieczulenia, przewiezienia do placówki medycznej (w tym wezwania karetki pogotowia), nabycia leków dostępnych wyłącznie na receptę, nabycia środków opatrunkowych,
- koszty rehabilitacji poniesione w ciągu 24 miesięcy od zajścia tego wypadku,
- pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w ciągu 12 miesięcy od zajścia tego wypadku,
- niezdolność do pracy rozumianą jako całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, która rozpoczęła się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku, trwa nieprzerwanie 12 miesięcy i po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny.

Standardowy zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o opcję sportową, polegającą na objęciu Ubezpieczonego ochroną również w trakcie uprawiania aktywności wskazanych w warunkach ogólnych, pod warunkiem że nie stanowi to działalności zarobkowej. Rozszerzenie zakresu obejmuje wskazane aktywności stanowiące wyczynowe uprawianie sportu, a także wskazane aktywności zaliczane do zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, o ile nie są one uprawiane w ramach wyczynowego ani zawodowego uprawiania sportu.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe odpowiedniemu procentowi sumy ubezpieczenia, wskazanemu w warunkach ogólnych, którego wysokość zależy od rodzaju zdarzenia i wybranego Wariantu ubezpieczenia, a ponadto w przypadku:

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia „Assistance Wypadkowy”

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Ochroną ubezpieczeniową jest objęcie zdrowiu Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony ulega Nieszczęśliwemu Wypadkowi w czasie ochrony ubezpieczeniowej, to ubezpieczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych, takich jak:

- wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry w Placówce Medycznej lub miejscu pobytu Ubezpieczonego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) wraz z kosztami dojazdu oraz kosztami jego honorarium, o ile nie zachodzi Przypadek Wymagający Pilnej Interwencji Medycznej,
 - konsultacje z lekarzami 12 specjalności, w tym konsultacje chirurga, ortopedy, neurochirurga – ze skierowaniem od Lekarza Prowadzącego,
 - zabiegi ambulatoryjne,
 - diagnostyka laboratoryjna,
 - badania specjalistyczne (USG, RTG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa),
- do wykorzystania w ramach maksymalnie 10 świadczeń medycznych.

Ubezpieczony może również korzystać z usług infolinii medycznej (bez limitu).

Ubezpieczenie obejmuje także organizację i pokrycie kosztów świadczeń assistance i telemedycyny, w tym:

- organizacja i pokrycie kosztów Zabiegu Operacyjnego do 20 000 zł,
- organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego (maksymalnie 30 zabiegów),
- Transporty Medyczne (do 20 Transportów Medycznych),
- pomoc psychologa (maksymalnie 3 wizyty lub zdalne konsultacje),
- leczenie stomatologiczne (do 2000 zł),
- organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego (do 700 zł),
- zdalne porady lekarskie (maksymalnie 6 porad w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony).

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 oraz pokrycie kosztu tej operacji plastycznej do 8 000 zł w odniesieniu do jednego Nieszczęśliwego Wypadku.

Ubezpieczenie obejmuje tylko takie świadczenia wskazane w warunkach ogólnych oraz w Wykazie Procedur Medycznych, które są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, na terenie Polski. Ubezpieczony korzysta ze świadczeń, które obejmują

- trwałego uszczerbku na zdrowiu – od wysokości procentu uszczerbku na zdrowiu orzeczonego na podstawie Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- kosztów leczenia i kosztów rehabilitacji – od kwoty poniesionych kosztów, udokumentowanych oryginałami faktur lub rachunków,
- pobytu w szpitalu – od długości tego pobytu.

Łączna kwota wszystkich świadczeń wypłacanych w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia. W przypadku, gdy wybrano Wariant III, limit ten wynosi 300% sumy ubezpieczenia i nie obejmuje świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:

- częściowej niezdolności do pracy,
- niezdolności do pracy krótszej niż 12 miesięcy ani takiej, która nie ma charakteru trwałego i nieodwracalnego,
- kosztów operacji plastycznych,
- zdarzeń, które nie były spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem albo powstały po upływie okresów wskazanych powyżej,
- leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub jego następstwa miały miejsce w szczególności:

- w związku ze spożyciem alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- w związku z popętnieniem lub usiłowaniem popętnienia przestępstwa,
- w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Allianz nie został poinformowany, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, jego partner i jego dzieci (dzieci nie są objęte ochroną w razie niezdolności do pracy).

ubezpieczenie w ramach limitów wskazanych w warunkach ogólnych.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:

- wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
- wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, w związku z którym Towarzystwo organizowało świadczenie,
- 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 Towarzystwo skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).

Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyżęcenie 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.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie organizuje ani nie realizuje świadczeń objętych ubezpieczeniem jeśli Nieszczęśliwy Wypadek, któremu uległ Ubezpieczony został spowodowany lub miał miejsce w szczególności:

- 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 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 popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
- w związku z poddaniem się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie takiego leczenia było zalecone przez Lekarza Prowadzącego,
- 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,
- próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
- wskutek zakażenia wirusem HIV,
- w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
- 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,

- wskutek potwierdzonego w dokumentacji medycznej nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza Prowadzącego,
- wskutek leczenia eksperymentalnego Ubezpieczonego lub leczenia o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie,
- 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.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz Prowadzący.

Towarzystwo nie odpowiada za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem oraz ich niewykonanie bądź nienależyte wykonanie, jeśli nastąpiło to w wyniku działania Sily Wyższej.

Dodatkowa Umowa Terminowego Ubezpieczenia na Życie

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe 100% sumy ubezpieczenia.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć nastąpiła w szczególności w związku z samobójstwem w okresie 24 miesięcy od zawarcia pierwszej umowy dodatkowej.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony (najwcześniej po 3 latach trwania Umowy Głównej), a dodatkowo jego partner i jego dzieci.

Dokument wszedł w życie 20 stycznia 2024 r.