

Ogólne warunki ubezpieczenia

Allianz Opiekun

Allianz Opiekun to kompleksowa ochrona dla Ciebie i Twoich najbliższych zapewniająca wsparcie w najtrudniejszych momentach życia spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.

W zależności od wybranego przez Ciebie zakresu ochrony, który możesz zmieniać co roku, wypłacimy Ci świadczenie zarówno w przypadku złamania nogi, przebycia operacji po poważniejszym urazie czy też np. czasowej niezdolności do pracy. Na wypadek, gdyby Ciebie zabrakło, zabezpieczymy również przyszłość Twoich najbliższych.

Ogólne warunki ubezpieczenia, które masz przed sobą, pozwolą Ci dokładnie poznać zakres proponowanej ochrony oraz wskażą, na jaką pomoc możesz liczyć i jak postępować w sytuacjach, gdy będzie ona potrzebna. To Twój przewodnik po ubezpieczeniu. Korzystaj z niego.

Allianz 

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia Allianz Opiekun

Część I. Podstawowe informacje o ubezpieczeniu, czyli kto i od czego może być ubezpieczony	1
§1 Gdzie uregulowane są warunki umowy?	1
§2 W jakim zakresie chroni ubezpieczenie Allianz Opiekun?	1
§3 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie śmierci?	2
§4 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz na jakiej podstawie stwierdzi jego wystąpienie?	2
§5 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz od czego zależy wysokość tej kwoty?	2
§6 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz na jakiej podstawie stwierdzi jego wystąpienie?	3
§7 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie czasowej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku?	3
§8 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz od czego zależy wysokość tej kwoty?	4
§9 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku lub operacji Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku?	4
§10 W jakich przypadkach Allianz może odmówić wypłaty?	4
Część II. Umowa ubezpieczenia, jak ją zawrzeć i rozwiązać	5
§11 Jak zawrzeć umowę?	5
§12 Kto może zostać objęty ubezpieczeniem?	6
§13 Jak długo trwa ochrona?	6
§14 Jakie są warunki rozwiązania umowy?	6
§15 Jakie są zasady zawarcia kolejnej umowy?	6
Część III. Składka i suma ubezpieczenia	7
§16 Jakie są zasady opłacania składki?	7
§17 Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?	7
§18 Suma ubezpieczenia	7
Część IV. Postępowanie na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	8
§19 Komu wypłacimy świadczenie?	8
§20 Na jakiej podstawie Allianz wypłaci świadczenie?	8
Część V. Postanowienia końcowe, w tym zasady komunikacji w trakcie trwania umowy	9
§21 Jak postępować w przypadku składania reklamacji?	9
§22 Pozostałe postanowienia umowy	10
Warunki świadczenia usług Allianz Assistance	
§1 Czym są warunki świadczenia usług Allianz Assistance?	21
§2 Komu Allianz świadczy usługi Assistance?	21
§3 Na czym polegają usługi Allianz Assistance?	21
§4 Jaki jest zakres poszczególnych usług Allianz Assistance?	21
§5 W jakich przypadkach usługi Assistance nie są świadczone?	23
§6 Jak skorzystać z usług Assistance?	23
§7 Słownik pojęć	23
Załączniki	
Załącznik nr 1 Słownik pojęć	11
Załącznik nr 2 Tabela limitów	13
Załącznik nr 3 Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku	14
Załącznik nr 4 Tabele: oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dotyczy Dzieci)	19
Załącznik nr 5 Warunki świadczenia usług Allianz Assistance	21
Załącznik nr 6 Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wraz z Suplementem do Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującym do umów ubezpieczenia Allianz Opiekun	
Załącznik nr 7 Załącznik o opodatkowaniu świadczeń	

Ogólne warunki ubezpieczenia Allianz Opiekun

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

Część I. Podstawowe informacje o ubezpieczeniu, czyli kto i od czego może być ubezpieczony

Dowiedz się najważniejszych rzeczy o ubezpieczeniu: co jest jego celem, w jakich sytuacjach chronimy Ciebie i Twoich bliskich, jaką kwotę otrzymasz gdy Tobie lub Twoim bliskim przytrafi się nieszczęśliwy wypadek oraz w jakich sytuacjach Allianz może odmówić wypłaty.

Gdzie uregulowane są warunki umowy?

§1

1.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna zawiera umowy ubezpieczenia na życie (zwane dalej: umowami ubezpieczenia) na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Allianz Opiekun (zwanymi dalej: o.w.u.).

2.

Umowy ubezpieczenia mogą regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od o.w.u.

3.

Terminom używanym w o.w.u., załącznikach do o.w.u., wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia nadaje się znaczenia określone w Słowniku pojęć, który stanowi załącznik nr 1 do o.w.u.

W jakim zakresie chroni ubezpieczenie Allianz Opiekun?

§2

1.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w ramach pakietu Solo lub Duet, w zakresie Standard lub Komfort. Przy zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może dodatkowo rozszerzyć zakres świadczonej przez Allianz ochrony o ubezpieczenie dla Dziecka/ Dzieci (odpowiednio nazwa pakietu: Solo Plus lub Duet Plus). Umowa ubezpieczenia zawierana za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego może być zawarta jedynie w ramach pakietu Solo lub Solo Plus w zakresie Standard lub Komfort.

Zwróć uwagę na to, iż dostępność poszczególnych pakietów zależy od formy kontaktu z nami, jaka zostanie wybrana w celu zawarcia umowy ubezpieczenia.

2.

- 1) W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu, przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - a) w pakiecie Solo – życie i zdrowie Ubezpieczonego,
 - b) w pakiecie Duet – życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz Współmałżonka/Partnera,
 - c) w pakiecie Solo Plus oraz Duet Plus – dodatkowo życie i zdrowie Dziecka/Dzieci.

- 2) Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Współmałżonka/Partnera mają zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia jedynie o ile umowę tą zawarto w pakiecie Duet. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Dziecka/Dzieci mają zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia jedynie o ile umowę tą zawarto w pakiecie Solo Plus albo Duet Plus.

3.

W ramach umowy ubezpieczenia dostępne są 3 warianty sum ubezpieczenia dla poszczególnych zdarzeń. Ich wysokości zostały wskazane w Tabeli limitów.

Tabele limitów znajdziesz na końcu dokumentu w załączniku nr 2.

4.

Zakres ubezpieczenia jest określony w polisie. W zależności od wybranego pakietu, obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń:

		Zakres ubezpieczenia	
		Standard	Komfort
Pakiet Solo	• śmierć Ubezpieczonego	• śmierć Ubezpieczonego	• śmierć Ubezpieczonego
	• śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
	• śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	• śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	• śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego
	• trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
	• pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	• pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	• pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
	• Assistance	• Assistance	• trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
			• czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
			• leczenie operacyjne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
			• Assistance
			• śmierć Ubezpieczonego
Pakiet Duet	• śmierć Ubezpieczonego	• śmierć Ubezpieczonego	• śmierć Ubezpieczonego
	• śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
	• śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	• śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	• śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego
	• trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
	• pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	• pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	• pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
	• śmierć Współmałżonka/Partnera	• trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
	• śmierć Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	• czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
	• śmierć Współmałżonka/Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego	• leczenie operacyjne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	• leczenie operacyjne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
	• trwałe i całkowite inwalidztwo Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	• śmierć Współmałżonka/Partnera	• śmierć Współmałżonka/Partnera
	• pobyt w szpitalu Współmałżonka/Partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	• śmierć Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	• śmierć Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku
• Assistance	• śmierć Współmałżonka/Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego	• śmierć Współmałżonka/Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego	
	• trwałe i całkowite inwalidztwo Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	• trwałe i całkowite inwalidztwo Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	
	• pobyt w szpitalu Współmałżonka/Partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	• pobyt w szpitalu Współmałżonka/Partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	
	• trwałe uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	• trwałe uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	
	• czasowa niezdolność do pracy Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	• czasowa niezdolność do pracy Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	
	• leczenie operacyjne Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	• leczenie operacyjne Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku	
	• Assistance	• Assistance	

Pakiet Solo Plus/Duet Plus	Pakiet Solo oraz Pakiet Duet można dodatkowo rozszerzyć o następujące zdarzenia:
	• śmierć Dziecka
	• uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

5.

Wybór pakietu, zakresu ubezpieczenia oraz wariantu sumy ubezpieczenia następuje przed zawarciem umowy ubezpieczenia i jest potwierdzony w polisie.

6.

Zakres ubezpieczenia Assistance określają Warunki świadczenia usług Allianz Assistance, stanowiące załącznik do niniejszych o.w.u.

Zapoznaj się z listą dostępnych usług Assistance. Znajdziesz ją w załączniku nr 5 do niniejszych o.w.u.

Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie śmierci?

§3

1.

Allianz wypłaci świadczenie z tytułu śmierci w przypadku wystąpienia następującego zdarzenia:

- śmierci osoby objętej ubezpieczeniem, jeżeli nastąpiła w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony,
- śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła w ciągu 12 miesięcy, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku,
- śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego, jeżeli nastąpiła w ciągu 12 miesięcy, licząc od daty wypadku komunikacyjnego.

2.

Allianz wypłaci świadczenie w wysokości:

- sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, wskazanej w polisie – w przypadku śmierci albo
- łącznej kwoty, na którą składają się suma ubezpieczenia z tytułu śmierci i suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku wskazane w polisie – w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku albo
- łącznej kwoty, na którą składają się suma ubezpieczenia z tytułu śmierci, suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego wskazane w polisie – w przypadku śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego.

3.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń, o których mowa w ust. 1 na zasadach określonych w § 10 ust. 1, 2, 9 i 10.

Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz na jakiej podstawie stwierdzi jego wystąpienie?

§4

1.

Allianz wypłaci świadczenie jeżeli trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, wystąpiło w okresie 6 miesięcy, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku.

2.

Allianz wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.

3.

Allianz uznaje roszczenie w razie utraty przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

- poruszanie się w domu lub przemieszczanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu samodzielnie lub z użyciem wózka, balkoniku (na jednym poziomie);
- kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu zadowalającej higieny osobistej;
- mycie i toaleta – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem i higieną osobistą w stopniu umożliwiającym utrzymanie zadowalającej higieny osobistej;

- ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się bez konieczności pomocy innej osoby;
- jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie).

4.

Wystąpienie trwałego i całkowitego inwalidztwa oraz datę jego powstania stwierdza lekarz uprawniony biorąc pod uwagę orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie oraz dane z dokumentacji medycznej (będącej podstawą wydania decyzji ZUS, KRUS lub innego organu). Allianz zastrzega sobie prawo powołania komisji lekarskiej celem przeprowadzenia badań i oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera.

5.

Komisja lekarska, o której mowa w ust. 4, powoływana jest nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy i nie później niż po upływie 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Koszt przeprowadzanych badań ponosi Allianz.

6.

Wypłata świadczenia z tytułu trwałego i całkowitego inwalidztwa powoduje wygaśnięcie ochrony z tytułu wystąpienia tego zdarzenia, świadczonej na rzecz Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, któremu przyznano świadczenie.

7.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu trwałego i całkowitego inwalidztwa, na zasadach określonych w § 10 ust. 3, 9 i 10.

Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz od czego zależy wysokość tej kwoty?

§5

1.

- Allianz wypłaci świadczenie jeżeli pobyt osoby objętej ubezpieczeniem w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku, miał miejsce w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony oraz trwał nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni pobytu w szpitalu.
- Maksymalna wysokość świadczenia z tytułu zdarzeń, które wystąpiły w roku polisowym, licząc od początku trwania ochrony w stosunku do danej osoby objętej ubezpieczeniem, nie może przekroczyć świadczenia za 180 pełnych dni pobytu w szpitalu.

2.

- Z tytułu pobytu w szpitalu Allianz wypłaci świadczenie w wysokości iloczynu świadczenia dziennego i liczby pełnych dni pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w pkt. 2.
- Wysokość świadczenia dziennego wynosi 1% sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, za 1 pełny dzień pobytu w szpitalu.

Najlepiej wyjaśnić powyższy zapis na przykładzie. Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba objęta ubezpieczeniem przebywała w szpitalu przez 7 dni, wówczas wypłacimy świadczenie, które obliczymy w następujący sposób (wyczerpie dla Złotego wariantu sumy ubezpieczenia):

$150 \text{ zł (świadczenie dzienne)} \times 7 \text{ (liczba pełnych dni pobytu w szpitalu)} = 1\,050 \text{ zł}$

3.

Przy ustalaniu wysokości świadczenia nie zostaną uwzględnione dni objęte przepustką w trakcie pobytu w szpitalu.

Liczbę dni objętych przepustką liczy się według zasad określonych w pkt. 18) Słownika pojęć stosowanych do pełnych dni pobytu w szpitalu.

Słownik pojęć znajdziesz na końcu dokumentu w załączniku nr 1.

4.

W przypadku gdy pobyt w szpitalu przekracza 30 dni i trwa nadal, uprawniony do świadczenia może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za co najmniej 30 dni pobytu w szpitalu, zachowując prawo do żądania dalszej części świadczenia. Zasadę, o której mowa w zdaniu poprzednim, uprawniającą do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego kolejnego co najmniej 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.

Jeżeli pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przedłuży się ponad miesiąc i będzie trwał nadal, nie trzeba czekać na wypis ze szpitala aby otrzymać należne z polisy pieniądze. O wypłatę świadczenia można zwrócić się do nas już po 30 dniach pobytu w szpitalu.

5.

Jeżeli w tym samym dniu osoba objęta ubezpieczeniem była pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustaleniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.

6.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu na zasadach określonych w § 10 ust. 4, 9 i 10.

Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz na jakiej podstawie stwierdzi jego wystąpienie?

§ 6

1.

Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Allianz wypłaci świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia i odpowiedniego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, wskazanego w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu ujawnił się (i nie był wcześniej leczony) w okresie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, z zachowaniem postanowień poniższych ustępów.

Przykładowo, jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba objęta ubezpieczeniem trafiła do szpitala gdzie przeszła zabieg jednoczesnej amputacji kciuka i palca wskazującego wówczas wypłacimy świadczenie, które obliczymy w następujący sposób (wyliczenie dla Złotego wariantu sumy ubezpieczenia):

$35\% (\text{odpowiedni procent trwałego uszczerbku na zdrowiu}) \times 30\,000 \text{ zł} (\text{suma ubezpieczenia}) = 10\,500 \text{ zł}$

Pamiętaj! Niezależnie od tego wypłacimy również świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zgodnie z § 5.

2.

Wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza lekarz uprawniony, z zastrzeżeniem, że procent trwałego uszczerbku jest orzekany na podstawie Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, obowiązującej w Allianz w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, doręczonej Ubezpieczającemu wraz z dokumentami ubezpieczenia i stanowiącej załącznik do o.w.u.

Zapoznaj się z Tabelą oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz Suplementem do tej tabeli – są one integralną częścią niniejszego ubezpieczenia.

3.

Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza uprawnionego, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia nieszczęśliwego wypadku.

4.

Bezsporną część świadczenia orzeka lekarz uprawniony na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji.

5.

Allianz określa jako bezsporną tę część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.

6.

Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane do maksymalnie 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

7.

Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po nieszczęśliwym wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.

8.

Jeżeli Ubezpieczony lub Współmałżonek/Partner zmarł, a stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został wcześniej określony, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określają, zgodnie z wiedzą medyczną, lekarze uprawnieni, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

9.

Jeżeli jedną z przyczyn zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego było przeciążenie, przy orzekaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Allianz dokona wnikliwej analizy wywiadu medycznego i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera przed zdarzeniem ubezpieczeniowym, i ustali procent trwałego uszczerbku na zdrowiu adekwatny do stanu zdrowia przed urazem oraz do czynnika sprawczego i mechanizmu zdarzenia.

10.

W razie zaniechania przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza uprawnionego mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.

11.

Niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w czasie trwania ochrony świadczonej przez Allianz w danym roku polisowym świadczenia wypłacane z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu na rzecz danej osoby mogą wynieść łącznie maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.

Zwróć uwagę na fakt, iż wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 100% sumy ubezpieczenia nie skutkuje ustaniem ochrony z tytułu innych zdarzeń.

12.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu na zasadach określonych w § 10 ust. 5, 9 i 10.

Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie czasowej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku?

§ 7

1.

Allianz wypłaci świadczenie jeżeli czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera skutkuje pobytem w szpitalu trwającym nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni, z zastrzeżeniem, że pobyt ten rozpoczął się nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku, w rezultacie którego Ubezpieczony lub Współmałżonek/Partner jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej przez okres minimum 30 dni.

Najlepiej wyjaśnić powyższy zapis na przykładzie. Jeżeli w wyniku wypadku osoba objęta ubezpieczeniem trafiła do szpitala i otrzymała zwolnienie lekarskie na okres 30 dni, wówczas wypłacimy świadczenie w wysokości 750 zł (wyliczenie dla Złotego wariantu sumy ubezpieczenia – kwota wskazana w Tabeli limitów).

Pamiętaj! Niezależnie od tego wypłacimy również świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zgodnie z § 5.

W zależności od skutków jakie spowodował nieszczęśliwy wypadek możliwe jest również otrzymanie wypłaty z tytułu innych zdarzeń.

2.

Z tytułu czasowej niezdolności do pracy Allianz wypłaci świadczenie w wysokości wskazanej w Tabeli limitów.

Zapoznaj się z wysokością świadczenia wskazaną w Tabeli limitów. Znajdziesz ją na końcu dokumentu w załączniku nr 2.

3.

Czasowa niezdolność do pracy musi być potwierdzona zwolnieniem lekarskim wystawionym na nieprzerwany okres minimum 30 dni – przez lekarza szpitala, w którym ta osoba przebywała, a w przypadku dalszej czasowej niezdolności do pracy – również przez innego lekarza. Allianz wypłaci świadczenie za okres kolejnych 30 dni czasowej niezdolności do pracy jeśli zachowana została ciągłość zwolnienia lekarskiego.

4.

Maksymalna wysokość świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy została wskazana w Tabeli limitów.

5.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu czasowej niezdolności do pracy na zasadach określonych w § 10 ust. 6, 9 i 10.

Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz od czego zależy wysokość tej kwoty?

§ 8

1.

Allianz wypłaci świadczenie jeżeli zabieg operacyjny Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera miał miejsce nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku i w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony oraz był związany z pobytem w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni

2.

Z tytułu leczenia operacyjnego Allianz wypłaci świadczenie definiowane jako odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, zależny od zabiegu operacyjnego, wskazany w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku, stanowiącej załącznik do o.w.u., maksymalnie jednak do wysokości 100% sumy wskazanej w polisie – na rzecz odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera.

Przykładowo, jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba objęta ubezpieczeniem trafiła do szpitala gdzie przeszła zabieg operacyjny nastawienia złamania szczęki wówczas wypłacimy świadczenie, które obliczymy w następujący sposób (wylczenie dla Złotego wariantu sumy ubezpieczenia):

$40\% \text{ (odpowiedni procent z Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku)} \times 15\,000 \text{ zł (suma ubezpieczenia)} = 6\,000 \text{ zł}$

Pamiętaj! Niezależnie od tego wypłacimy również świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zgodnie z § 5.

W zależności od skutków jakie spowodował nieszczęśliwy wypadek możliwe jest również otrzymanie wypłaty z tytułu innych zdarzeń.

Zapoznaj się z Tabelą oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Znajdziesz ją na końcu dokumentu w załączniku nr 3.

3.

Świadczenie wypłacane jest za jeden zabieg operacyjny (o najwyższej wartości świadczenia określony w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku) w obrębie tego samego narządu, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

4.

Jeżeli w czasie jednego pobytu Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, na bloku operacyjnym zostanie wykonany więcej niż jeden zabieg operacyjny dotyczący tego samego lub kilku narządów, Allianz wypłaci jedno świadczenie za zabieg operacyjny o najwyższej wartości świadczenia określony w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

5.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu leczenia operacyjnego na zasadach określonych w § 10 ust. 7, 9 i 10.

Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku lub operacji Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku?

§ 9

1.

- 1) Z tytułu wystąpienia u Dziecka uszczerbku na zdrowiu Allianz wypłaci świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia i odpowiedniego procentu uszczerbku na zdrowiu, wskazanego w Tabeli oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik do o.w.u., jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawnił się (i nie był wcześniej leczony) w okresie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, maksymalnie jednak do wysokości 100% tej sumy.
- 2) Z tytułu przebycia zabiegu operacyjnego przez Dziecko, Allianz wypłaci świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia i odpowiedniego procentu przyporządkowanego zabiegowi operacyjnemu, wskazanego w Tabeli zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stanowiącej załącznik do o.w.u., jeżeli zabieg operacyjny miał miejsce nie później niż przed upływem 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony, maksymalnie jednak do wysokości 100% tej sumy, przy czym:
 - a) świadczenie wypłacane jest pod warunkiem pobytu w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni w związku z przebyciem zabiegiem operacyjnym,

- b) świadczenie wypłacane jest za jeden zabieg operacyjny (o najwyższej wartości świadczenia określony w Tabeli zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku) w obrębie tego samego narządu, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem,
- c) przebycie zabiegu operacyjnego ma służyć leczeniu skutków nieszczęśliwego wypadku pozostających w bezpośrednim związku z tym zdarzeniem.

Zapoznaj się z Tabelami oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Znajdziesz je na końcu dokumentu w załączniku nr 4.

2.

Jeżeli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku Dziecko doznało kilku uszczerbków na zdrowiu lub podczas zabiegu operacyjnego będącego skutkiem tego samego nieszczęśliwego wypadku operowany jest więcej niż jeden narząd to świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub z tytułu przebycia zabiegu operacyjnego zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% sumy ubezpieczenia.

Zwróć uwagę na limit sumy ubezpieczenia, który jest wspólny dla uszczerbku na zdrowiu oraz przebycia zabiegu operacyjnego. Jest on określony w Tabeli limitów – znajdziesz ją na końcu dokumentu w załączniku nr 2.

3.

Jeżeli Dziecko zmarło z powodów niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem, a wystąpienie uszczerbku na zdrowiu nie zostało wcześniej orzeczone, to wystąpienie uszczerbku na zdrowiu orzekają, zgodnie z wiedzą medyczną, lekarze uprawnieni, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

4.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych Dziecka na zasadach określonych w § 10 ust. 8, 9 i 10.

W jakich przypadkach Allianz może odmówić wypłaty?

§ 10

Poznaj poniższą listę okoliczności, które znoszą odpowiedzialność Allianz.

1.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem będącej wynikiem:

- 1) samobójstwa dokonanego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia na podstawie o.w.u.,
- 2) samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę osoby objętej ubezpieczeniem,
- 3) czynnego udziału osoby objętej ubezpieczeniem w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
- 4) czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby objętej ubezpieczeniem w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału w rozruchach lub zamieszkach.

2.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego będącego bezpośrednim wynikiem:

- 1) działania Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia,
- 2) zaburzeń umysłu lub świadomości, udarów, napadów epileptycznych lub innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek,
- 3) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których:
 - a) Ubezpieczony lub Współmałżonek/Partner był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - b) Ubezpieczony lub Współmałżonek/Partner kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
- 4) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- 5) czynnego udziału Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału w rozruchach

- lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału w aktach terroru,
- 6) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - 7) wyczynowego lub zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych,
 - 8) uczestniczenia Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - 9) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - 10) poddania się przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 11) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 12) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 13) chorób somatycznych, w tym zawału serca lub udaru mózgu,
 - 14) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - 15) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - 16) prowadzenia przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

3.

- 1) Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2.
- 2) Dodatkowo odpowiedzialność Allianz nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii lub nerwic.

4.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu osoby objętej ubezpieczeniem wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2. lub jeżeli pobyt w szpitalu związany był z:

- a) wadami wrodzonymi lub schorzeniami związanymi z wadami wrodzonymi;
- b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony;
- c) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- d) rehabilitacją w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym), sanatorium i uzdrowisku, w którym leczenie to było prowadzone.

5.

- 1) Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2.
- 2) Dodatkowo odpowiedzialność Allianz nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii lub nerwic.

6.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2.

7.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu leczenia operacyjnego Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem

okoliczności wskazanych w ust. 2. lub gdy zdarzenie było wynikiem wad wrodzonych lub schorzeń związanych z wadami wrodzonymi.

8.

- 1) Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2.
- 2) Dodatkowo odpowiedzialność Allianz nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii lub nerwic.

9.

Niezależnie od wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w ustępach powyżej Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności jeżeli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego ochroną, był bezpośrednim wynikiem wykonywania przez osobę objętą ubezpieczeniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności związanych z pracą zarobkową o następującym charakterze: prace na wysokościach powyżej 7 metrów, prace pod ziemią, prace pod napięciem powyżej 220 V, prace z materiałami wybuchowymi lub toksycznymi, prace przy wyrębie drzew lub prace fizyczne w tartaku, ratownictwo górskie, ochrona osób i mienia z użyciem broni palnej, służby mundurowe z wyłączeniem pracowników biurowych, strażak, kaskader, akrobata, hodowca/opiekun/treser drapieżnych zwierząt, nurek.

10.

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

Część II. Umowa ubezpieczenia, jak ją zawrzeć i rozwiązać

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

Jak zawrzeć umowę?
§ 11

1.

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie pisemnej lub za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego, pod warunkiem opublikowania na stronie www.allianzdirect.pl informacji o udostępnieniu takiej usługi.

Jeżeli na stronie www.allianzdirect.pl nie znajdziesz informacji o możliwości zawarcia umowy przez internet skontaktuj się z nami pod numerem infolinii: 224 224 224 w celu umówienia spotkania z Agentem lub zawarcia umowy przez telefon.

3.

- 1) Umowa ubezpieczenia może być zawarta:
 - a) w przypadku pakietu Solo – na rzecz Ubezpieczonego,
 - b) w przypadku pakietu Duet – na rzecz Ubezpieczonego oraz Współmałżonka/Partnera,
 - c) w przypadku pakietu Solo Plus oraz Duet Plus – dodatkowo na rzecz Dziecka/ Dzieci.
- 2) Umowa ubezpieczenia w ramach pakietu Duet lub Duet Plus może być zawarta jedynie w formie pisemnej.
- 3) Umowa ubezpieczenia może być zawarta za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego jeżeli Ubezpieczający zawiera ją na własną rzecz. Zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego w ramach pakietu Solo Plus jest możliwe jedynie gdy Ubezpieczający jest przedstawicielem ustawowym Dziecka/Dzieci.

Wybierz dogodną dla siebie formę zawarcia umowy ubezpieczenia. Zwróć uwagę, że zakres ubezpieczenia i możliwość wyboru poszczególnych pakietów różni się w zależności od formy kontaktu z nami, którą wybierzesz.

4.

Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest uprzednie zapoznanie się i zaakceptowanie przez Ubezpieczającego treści o.w.u. wraz z załącznikami. W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem serwisu internetowego Ubezpieczający dodatkowo zobowiązany jest do zaakceptowania treści regulaminu dotyczącego świadczenia usług drogą elektroniczną.

Pamiętaj, aby uważnie zapoznać się z zapisami o.w.u., które otrzymasz od Agenta lub znajdziesz na naszej stronie internetowej: www.allianz-direct.pl.

5.

Ubezpieczający przed zawarciem umowy ubezpieczenia wybiera rodzaj pakietu, zakres ubezpieczenia, wariant sumy ubezpieczenia oraz częstotliwość i tryb opłacania składek.

To Ty decydujesz o kształcie swojego ubezpieczenia. Z pomocą Agenta lub konsultanta infolinii Allianz możesz dopasować je do swoich potrzeb.

6.

W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony, Współmałżonek/Partner to różne osoby, dla skutecznego zawarcia umowy konieczne jest, aby Ubezpieczający poinformował Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera, przedstawiciela ustawowego Dziecka o treści zawartej na jego rachunek umowy, a Ubezpieczony, Współmałżonek/Partner, przedstawiciel ustawy Dziecka wyraził zgodę na zawarcie takiej umowy i jej warunki. Powyższe warunki muszą zostać spełnione również w sytuacji wprowadzenia do umowy zmian na niekorzyść osoby objętej ubezpieczeniem w trakcie jej trwania.

7.

- 1) W razie zawierania umowy ubezpieczenia w formie pisemnej dniem jej zawarcia jest dzień podpisania przez Ubezpieczającego, osobę objętą ubezpieczeniem oraz przedstawiciela Allianz kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku, który stanowi integralną część polisy.
- 2) Zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego następuje z dniem wypłynięcia na wskazany przez Allianz rachunek bankowy pierwszej składki. Allianz potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawiając polisę.

8.

Ubezpieczony, Współmałżonek/Partner lub Dziecko mogą być objęci ochroną z tytułu wyłącznie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie o.w.u.

9.

Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci osoby objętej ubezpieczeniem.

Kto może zostać objęty ubezpieczeniem?

§ 12

1.

Ochroną Allianz może objąć:

- a) Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera, którzy w dniu rozpoczęcia ochrony mają ukończone 18 lat i nie mają ukończonych 65 lat,
- b) Dziecko, które w dniu rozpoczęcia ochrony ma ukończone 1 rok i nie ma ukończonych 18 lat.

2.

Istnieje możliwość objęcia ochroną więcej niż jednego Dziecka, pod warunkiem zapłaty dodatkowej składki wskazanej przez Allianz.

Jak długo trwa ochrona?

§ 13

1.

Ochrona rozpoczyna się od daty podanej w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki, a kończy się z upływem okresu, na jaki zawarto umowę ubezpieczenia.

2.

Ochrona względem danej osoby objętej ubezpieczeniem wygasa w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) z dniem śmierci danej osoby,
- b) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
- c) z ostatnim dniem okresu prolongaty, o którym mowa w § 17 ust 1 pkt 1.

Jakie są warunki rozwiązania umowy?

§ 14

1.

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia do 30. dnia (włącznie) od daty jej zawarcia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2.

W przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego termin, w którym Ubezpieczający może odstąpić od umowy, wynosi 30 dni od dnia otrzymania od Allianz potwierdzenia informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia.

3.

W razie skorzystania z prawa, o którym mowa w ust. 1 i 2, umowa ubezpieczenia jest uważana za niezawartą, a Allianz, w ciągu 30 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu, zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą kwotę pomniejszoną o cenę stanowiącą równowartość składki ubezpieczeniowej za każdy dzień udzielonej przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej.

4.

- 1) W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia w formie pisemnej za datę odstąpienia od umowy przyjmuje się dzień wypłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Allianz.
- 2) W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem telefonu lub serwisu internetowego albo zawierania kolejnej umowy ubezpieczenia na odległość, do zachowania 30 dniowego terminu na odstąpienie, wystarczy wysłanie przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia przed upływem wskazanego terminu.

5.

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając w Allianz odpowiednie oświadczenie. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.

6.

W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia lub składki wpłaconej po rozwiązaniu umowy.

Jeśli chcesz zerwać z nami umowę i poinformujesz nas o tym w ciągu 30 dni od zawarcia umowy (w przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego – wyślesz do nas pisemne oświadczenie o odstąpieniu w ciągu 30 dni od dnia otrzymania od Allianz potwierdzenia informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia), zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszt ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.

Jeśli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie (wypowiesz umowę), Twoją rezygnację potraktujemy jako wiążącą z dniem, w którym złożyłeś oświadczenie o swojej decyzji. W tej sytuacji zwrócimy Ci składkę za okres, w którym nie będziemy udzielać już ochrony.

7.

Umowa ubezpieczenia, poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1-6, ulega rozwiązaniu również w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) wskutek nieopłacenia składki w terminie 90 dni od daty jej wymagalności mimo uprzedniego wezwania przez Allianz do zapłaty składki. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje z ostatnim dniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim,
- b) z dniem śmierci Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w pakiecie Solo lub Solo Plus,
- c) z dniem jednoczesnej śmierci Ubezpieczonego oraz Współmałżonka/Partnera lub z dniem śmierci ostatniej z tych osób w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w pakiecie Duet lub Duet Plus,
- d) z upływem okresu na jaki została zawarta.

Jakie są zasady zawarcia kolejnej umowy?

§ 15

Pamiętaj, że zawarcie umowy na kolejny roczny okres jest doskonałą okazją do zmiany warunków Twojego ubezpieczenia. Zmienić możesz pakiet, zakres ubezpieczenia i wariant sumy ubezpieczenia.

W tym celu skontaktuj się z nami i poinformuj o swojej decyzji.

1.

Najpóźniej na 30 dni przed dniem zakończenia ochrony Allianz może zaoferować Ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na kolejny

rok, doręczając Ubezpieczającemu polisę wraz ze wskazaniem warunków i zakresu ubezpieczenia oraz wysokości należnej składki.

2.

W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 4 Allianz zaoferuje Ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na kolejny rok z wyłączeniem ryzyka trwałego i całkowitego inwalidztwa względem danej osoby.

3.

Ubezpieczający wyraża zgodę na zawarcie kolejnej umowy ubezpieczenia poprzez opłacenie w terminie określonym w ofercie Allianz składki (lub jej pierwszej raty) w pełnej wysokości zgodnie z treścią określoną w doręczonej mu polisie.

4.

W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony, Współmałżonek/Partner to różne osoby, dla skutecznego zawarcia kolejnej umowy konieczne jest, aby Ubezpieczający poinformował Ubezpiezonego, Współmałżonka/Partnera, przedstawiciela ustawowego Dziecka o treści oferowanej na jego rachunek umowy, a Ubezpieczony, Współmałżonek/Partner, przedstawiciel ustawowy Dziecka wyraził zgodę na zawarcie takiej umowy i jej warunki.

5.

Ochrona z tytułu kolejnej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od daty podanej w doręczonej Ubezpieczającemu polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki.

Część III. Składka i suma ubezpieczenia

Dowiedz się jak opłacać składkę i co się stanie jeśli nie zapłacisz jej w terminie. Poznaj również zasady wyboru sumy ubezpieczenia.

Jakie są zasady opłacania składki?

§ 16

1.

Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę w wysokości i z częstotliwością wskazaną w polisie.

2.

- 1) Składka jest płatna z góry regularnie za okresy miesięczne, kwartalne, za okresy półroczne lub jednorazowo za cały rok obowiązywania umowy ubezpieczenia.
- 2) W razie zawarcia umowy w formie pisemnej Allianz zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych lub kwartalnych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności, realizowanego przez bank obsługujący rachunek bankowy Ubezpieczającego.

Do Ciebie należy wybór z jaką częstotliwością chcesz opłacać składki. W ten sposób możesz dostosować płatności do swoich możliwości finansowych.

3.

Datą opłacenia składki jest dzień wpływu składki w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.

4.

Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Allianz w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Wysokość składki określana jest przez Allianz w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego i w zależności od wybranego pakietu, zakresu ubezpieczenia, wariantu sumy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składek.

5.

- 1) W razie zawarcia umowy w formie pisemnej pierwsza składka jest płatna najpóźniej na dzień przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanym w polisie.
- 2) W razie zawierania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić pierwszą składkę w wysokości wskazanej w ofercie Allianz przygotowanej dla Ubezpieczającego za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego. Wskazana przez Allianz data płatności pierwszej składki jest datą ważności oferty. Po tej dacie składka lub rata nie może być

opłacona, a oferta staje się nieważna. Zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego następuje z dniem opłacenia pierwszej składki.

6.

Zmiana częstotliwości opłacania składki może zostać dokonana na wniosek Ubezpieczającego w każdą datę wymagalności składki, za zgodą Allianz.

Jeśli zadeklarowana przez Ciebie częstotliwość opłacania składki stanie się nieodogodna, możesz zgłosić nam chęć jej zmiany.

7.

Poza składką ubezpieczeniową, dodatkowym kosztem wynikającym z korzystania ze środków porozumiewania się na odległość jest koszt rozmowy telefonicznej, w przypadku gdy osoba kontaktująca się z Allianz dzwoni osobiście na infolinię na numer 224 224 224 – koszt rozmowy telefonicznej według stawek operatora osoby dzwoniącej.

Koszty związane z korzystaniem z serwisu internetowego, a także koszty wysyłki propozycji zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia oraz potwierdzenia informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia pokrywa Allianz.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?

§ 17

1.

- 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, w przypadku jej płatności z częstotliwością inną niż roczna, przysługuje prawo do 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności (zwanej dalej „okresem prolongaty”). W okresie prolongaty osobie objętej ubezpieczeniem przysługuje prawo do ochrony, która wygasa wraz z upływem okresu prolongaty.
- 2) W okresie prolongaty Allianz informuje Ubezpieczającego o niezapłaceniu składki regularnej jednocześnie wzywając go do zapłaty składki we wskazanym w wezwaniu terminie.
- 3) Wraz z upływem okresu prolongaty ochrona wygasa. W okresie do 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki regularnej, Ubezpieczający ma możliwość wznowienia ochrony przez zapłatę zaległych składek, postanowienia ust 2 stosuje się odpowiednio.
- 4) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie 90 dni od daty wymagalności tej składki, pomimo skierowania przez Allianz wezwania do jej zapłaty, i ochrona nie zostanie wznowiona na zasadach określonych w ust. 2, Allianz uznaje, że umowa została wypowiedziana przez Ubezpieczającego i rozwiązuje się ostatniego dnia wskazanego powyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty.

Pamiętaj, że terminowe opłacanie składek gwarantuje ciągłość ochrony. Gdybyś nie opłacił składki w terminie, przypomnimy Ci o tym.

2.

Allianz może wznowić ochronę w wypadku wpłynięcia wszystkich zaległych składek na konto Allianz w terminie 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki. Wznowienie ochrony, powodujące zachowanie jej ciągłości, następuje w dniu wpłynięcia na konto Allianz wszystkich zaległych składek. Składki, które wpłynęły po okresie prolongaty zostaną zaliczone na poczet składek najdawniej wymagalnych.

Suma ubezpieczenia

§ 18

- 1) Wysokości sum ubezpieczenia dla każdego ze zdarzeń są zgodne z wyborem dokonany przez Ubezpieczającego, podczas zawierania umowy ubezpieczenia i są potwierdzone w polisie.
- 2) Wysokości sum ubezpieczenia pozostają niezmiennie w trakcie rocznego okresu ubezpieczenia.

Część IV. Postępowanie na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

Dowiedz się co zrobić jeżeli Tobie lub Twoim bliskim przytrafi się nieszczęśliwy wypadek, jakie dokumenty będą nam potrzebne do rozpatrzenia zgłoszenia oraz komu wypłacamy pieniądze.

Komu wypłacimy świadczenie?
§ 19

Niektóre ze świadczeń należne są osobom uprawnionym wskazanym przez Ubezpieczonego lub jego Współmałżonka/Partnera (świadczenia należne z tytułu śmierci). Świadczenia z tytułu pozostałych zdarzeń zostaną natomiast wypłacone osobie, której zdarzenie dotyczy.

1.

- 1) Ubezpieczony i Współmałżonka/Partner może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- 2) Ubezpieczony i Współmałżonka/Partner ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt. 1.

Do Ubezpieczonego i Współmałżonka/Partnera należy wskazanie osób, które otrzymają świadczenie po ich śmierci. Zmiany dyspozycji można dokonać w każdym momencie trwania ubezpieczenia. Jeśli jednak uposażeni nie zostaną wyznaczeni wówczas świadczenie z tytułu śmierci otrzymają osoby wskazane w § 19 ust. 2.

- 3) Allianz jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wpłynięcia oświadczenia o zmianie Uposażonego do Allianz.
- 4) Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek śmierci są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera.
- 5) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, traci prawo do świadczenia.
- 6) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera.
- 7) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego, lub też utraty przez niego prawa do świadczenia, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z wskazań Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera.
- 8) W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego lub też utraty przez nich prawa do świadczenia, prawo do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy, z zachowaniem zasady określonej w pkt. 7.

2.

- 1) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych i Uposażonych Zastępczych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi,
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
- 2) Zasadę, o której mowa w pkt 1 powyżej stosuje się odpowiednio do Współmałżonka/Partnera.

3.

W razie śmierci Dziecka objętego ubezpieczeniem świadczenie przysługuje odpowiednim członkom rodziny Dziecka w kolejności określonej w ust. 2 pkt 1 powyżej.

4.

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu:

- a) trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- b) pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- c) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- d) czasowej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- e) leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

jest Ubezpieczony lub Współmałżonka/Partner, którego zdarzenie dotyczy.

5.

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu:

- a) uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- b) pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

jest Dziecko, którego zdarzenie dotyczy.

Na jakiej podstawie Allianz wypłaci świadczenie?
§ 20

1.

- 1) W razie zajścia zdarzenia Ubezpieczający, osoba objęta ubezpieczeniem (nie dotyczy śmierci), Uposażony/Uposażony Zastępczy lub inne osoby uprawnione do otrzymania świadczenia (dotyczy śmierci) są zobowiązane do powiadomienia Allianz o tym zdarzeniu.
- 2) Po zawiadomieniu o zajściu zdarzenia Allianz w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, potwierdza otrzymanie zawiadomienia wskazując jednocześnie dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 3) Osoba objęta ubezpieczeniem lub Uposażony/Uposażony Zastępczy lub inne osoby uprawnione zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Allianz.
- 4) Na podstawie przesłanej dokumentacji Allianz przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:
 - a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
 - b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
 - c) wysokości świadczenia,
 - d) osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
 - e) sposobu przekazania świadczenia.
- 5) W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w innej formie niż pisemna, osoba objęta ubezpieczeniem, w razie zgłaszania roszczenia, zobowiązana jest do udzielenia Allianz pisemnej zgody na przetwarzanie danych osobowych dotyczących swojego stanu zdrowia oraz zgody na pozyskiwanie przez Allianz danych o swoim stanie zdrowia z placówek medycznych.

2.

- 1) Po zajściu nieszczęśliwego wypadku osoba objęta ubezpieczeniem jest zobowiązana poddać się opiece lekarskiej, a także użyć dostępnych jej środków w celu złagodzenia skutków nieszczęśliwego wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
- 2) W razie zgłoszenia roszczenia Allianz zastrzega sobie prawo do: oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania osoby objętej ubezpieczeniem obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Allianz lekarza – w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym punkcie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą odbywać się na koszt Allianz w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz.
- 3) Dla zdarzeń wypadkowych zaistniałych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedłożenie Allianz dokumentacji medycznej w języku angielskim, jak również w języku obowiązującym w państwie, na terenie którego wystąpił nieszczęśliwy wypadek.
- 4) Świadczenia wynikające z umowy ubezpieczenia wypłacane są w formie jednorazowej, w złotych polskich.
- 5) W razie śmierci osoby objętej ubezpieczeniem przed wypłatą uznanych przez Allianz świadczeń z tytułu zdarzeń innych niż śmierć tej osoby, należne z tego tytułu świadczenie wchodzi do masy spadkowej po danej osobie.

3.

- 1) Allianz wypłaca świadczenie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu.
- 2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu.

Wyплаты świadczenia uprawniony może się spodziewać w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu.

Pamiętaj, że im wcześniej zostanie zgłoszone roszczenie i dostarczone zostaną wszystkie wymagane dokumenty, tym szybciej wypłacimy świadczenie.

- 3) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba występująca z roszczeniem ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- 4) Z tytułu wystąpienia w okresie proulongaty zdarzeń objętych ochroną Allianz wypłaci świadczenie pomimo niezapłaconej składki. Allianz jest uprawniony dochodzić składki za okres proulongaty, w którym udzielał ochrony.

4.

W przypadku śmierci osoby objętej ubezpieczeniem osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:

- a) odpis aktu zgonu osoby objętej ubezpieczeniem,
- b) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- c) dodatkowo w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego:
 - karta statystyczna zgonu lub zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu i zajścia zdarzenia,
 - protokół badania sekcyjnego w przypadku jego wykonania,
 - opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
 - orzeczenie kończące postępowanie w sprawie – jeżeli prowadzone było dochodzenie/śledztwo,
 - prawo jazdy Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera i dowód rejestracyjny prowadzonego przez niego pojazdu w razie śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- d) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

5.

- 1) W przypadku trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku i uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
 - a) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji,
 - b) zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji (nie dotyczy trwałego i całkowitego inwalidztwa),
 - c) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie, określające stan zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem (dotyczy tylko trwałego i całkowitego inwalidztwa),
 - d) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - e) protokół BHP – jeżeli nieszczęśliwy wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - f) notatka policyjna – w przypadku zawiadomienia policji,
 - g) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie – jeżeli prowadzone było dochodzenie/śledztwo,
 - h) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - i) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
- 2) W razie trzykrotnego niestawienia się osoby objętej ubezpieczeniem – bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo – na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, pomimo trzykrotnego pisemnego powiadomienia na ostatni podany przez Ubezpieczającego adres, Allianz zastrzega sobie prawo do wypłaty bezspornej części świadczenia w oparciu o dostarczoną lub pozyskaną przez Allianz dokumentację.

6.

W przypadku pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:

- a) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
- b) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
- c) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,

- d) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- e) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

7.

W przypadku czasowej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:

- a) pełna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia i hospitalizacji Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, po nieszczęśliwym wypadku, w tym potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia zwolnienia lekarskiego wraz z zaświadczeniem o diagnozie lekarskiej schorzenia, które stało się przyczyną zwolnienia,
- b) zaświadczenie o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji,
- c) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
- d) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
- e) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

8.

W przypadku leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub zabiegów operacyjnych Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:

- a) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
- b) kompletna dokumentacja medyczna związana z danym leczeniem operacyjnym,
- c) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
- d) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
- e) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

9.

Dokumenty, o których mowa w ust. 4-8, należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub przedstawiciela Allianz.

Część V. Postanowienia końcowe, w tym zasady komunikacji w trakcie trwania umowy

Dowiedz się o wzajemnych obowiązkach informacyjnych stron umowy oraz gdzie możesz się zwrócić gdybyś był niezadowolony z ubezpieczenia.

Jak postępować w przypadku składania reklamacji?
§ 21

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy. Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Pozostałe postanowienia umowy § 22

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia, Allianz jest obowiązany przekazać informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy. Informacje, o których mowa w zdaniu poprzednim, Allianz przekazuje pisemnie lub za zgodą Ubezpieczającego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, pod warunkiem opatrzenia tych wiadomości bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.

2.

Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu lub Współmałżonkowi/Partnerowi informacji, o których mowa w ust. 1, niezwłocznie po ich otrzymaniu w sposób zapewniający ich skuteczne doręczenie. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania wskazanych informacji przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współmałżonek/Partner i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu oraz danych osobowych zawartych w polisie, w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian.

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

4.

- Zmiany umowy oraz oświadczenia związane z jej wykonaniem lub rozwiązaniem wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem pkt. 2
- Jeżeli Allianz udostępni Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu/Współmałżonkowi / Partnerowi możliwość komunikacji drogą telefoniczną lub elektroniczną, zmiany umowy lub oświadczenia związane z jej wykonaniem, wskazane w regulaminie świadczenia usług za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, mogą na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera mieć formę inną niż pisemna.

Zależy nam na Twoim zadowoleniu z naszych usług, dlatego zawsze możesz zwrócić się do nas ze swoimi pytaniami. Jesteśmy gotowi udzielić Ci wszelkich wyjaśnień.

Możesz skontaktować się z nami telefonicznie: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

5.

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

6.

Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczającym, osobą objętą ubezpieczeniem, Uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia a Allianz jest język polski, z zastrzeżeniem § 20 ust. 2 pkt 3).

7.

Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, osoby objętej ubezpieczeniem, Uposażonego lub uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia.

8.

- Jeżeli roszczenia osób uprawnionych z tytułu umów ubezpieczenia na życie nie mogą być pokryte przez Allianz z powodu:
 - upadłości Allianz,
 - oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości Allianz lub umorzenia postępowania upadłościowego, gdy majątek Allianz nie wystarczy na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
 - zarządzenia likwidacji przymusowej Allianz, gwarantowane są świadczenia dla osób fizycznych w wysokości 50% wierzytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30 000 euro według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej.
- Wypłatami świadczeń, o których mowa w punkcie poprzedzającym zajmuje się Ubezpieczeniowy Funduszu Gwarancyjny.

9.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 159/2015 z dnia 6 października 2015 roku i mają zastosowanie do umów zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 7 października 2015 roku.



Veit Stutz

Prezes Zarządu



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu



Magdalena Nawłoka

Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan

Wiceprezes Zarządu

Załączniki do o.w.u.:

- Słownik pojęć
- Tabela limitów
- Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku
- Tabele: oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dotyczą Dzieci)
- Warunki świadczenia usług Allianz Assistance
- Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wraz z Suplementem do Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującym do umów ubezpieczenia Allianz Opiekun
- Załącznik o opodatkowaniu świadczeń

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia Allianz Opiekun

Słownik pojęć

Poznaj definicje używanych przez nas pojęć występujących w o.w.u. Allianz Opiekun, aby móc dobrze zrozumieć zasady działania ubezpieczenia.

Terminom używanym w o.w.u., załącznikach do o.w.u., wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Akt terroru** – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu osoby objętej ubezpieczeniem bądź życiu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub takich narzędzi walki, których użycie zagraża zdrowiu lub życiu osoby objętej ubezpieczeniem.
- 2) **Allianz** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, działająca na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dn. 28 lutego 1997 r.
- 3) **Czasowa niezdolność do pracy** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego i/lub Współmałżonka/Partnera spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem skutkujące pobyt w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni pobytu w szpitalu, w rezultacie którego osoba ta jest całkowicie niezdolna do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej przez okres minimum 30 dni.
- 4) **Czynny i niezgodny z prawem udział w aktach przemocy** – skierowanie przez osobę objętą ubezpieczeniem czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli osoby objętej ubezpieczeniem lub do określonego zachowania zgodnego z jej wolą, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona.
- 5) **Czynny i niezgodny z prawem udział w rozruchach lub zamieszkach** – udział osoby objętej ubezpieczeniem w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu lub działalność osoby objętej ubezpieczeniem polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek.
- 6) **Czynny udział w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – udział osoby objętej ubezpieczeniem w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) toczących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
- 7) **Dyrekcja Generalna Allianz (Centrala)** – podstawową jednostką organizacyjną Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
- 8) **Działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub
 - b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1mg alkoholu w 1 dm³.
- 9) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, którego życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia i które w dniu rozpoczęcia ochrony ma ukończone 1 rok i nie ma ukończonych 18 lat.
- 10) **Dzień rozpoczęcia ochrony** – dzień wskazany w polisie, w którym Allianz rozpoczyna świadczyć ochronę.
- 11) **Lekarz uprawniony** – lekarz wyznaczony przez Allianz do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej osoby objętej ubezpieczeniem, do weryfikacji stanu zdrowia tej osoby na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania ekspertyz lekarskich.
- 12) **Leczenie operacyjne/zabieg operacyjny/operacja** – leczenie chirurgiczne, związane z doznanymi obrażeniami ciała, będącymi skutkiem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony świadczonej

przez Allianz, przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia zdiagnozowanego, i określonego w dokumentacji medycznej, stanu chorobowego, z wyłączeniem następujących zabiegów operacyjnych:

- a) prowadzonych w celach diagnostycznych;
- b) niewymagających naruszenia ciągłości powłok ciała;
- c) wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych;
- d) dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej;
- e) przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej;
- f) cięcia cesarskiego.

- 13) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniami rozpoczęcia ochrony; pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony, każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony przypadającym w każdym kolejnym miesiącu kalendarzowym, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.

Przykładowo, jeżeli Twoja ochrona rozpoczyna się np. w dniu 20 stycznia, wówczas 20. dzień każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego jest pierwszym dniem każdego miesiąca polisowego Twojego ubezpieczenia. W tym przypadku miesiąc polisowy liczymy od 20. dnia miesiąca do 19. dnia miesiąca następnego.

- 14) **Nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - a) jest niezależne od woli lub stanu zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem,
 - b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony Allianz w odniesieniu do osoby objętej ubezpieczeniem,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego ochroną,
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 15) **Oparzenie** – uszkodzenie powłok ciała spowodowane działaniem wysokiej temperatury, prądu elektrycznego, substancji chemicznych, promieniowania (w tym promieniowania jonizującego), z wyłączeniem oparzeń słonecznych; rozległość i głębokość oparzeń (stopień oparzeń) oceniane są na podstawie dokumentacji z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (Tablica Lunda i Browdera).
- 16) **Oparzenia dróg oddechowych** – oparzenia powstałe w wyniku wdychania dymu, gazów lub środków chemicznych, manifestujące się obrzękiem tkanki płucnej, zapaleniem płuc, wymagające leczenia w warunkach szpitalnych i skutkujące pobyt w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni pobytu w szpitalu.
- 17) **Osoba objęta ubezpieczeniem** – jest/są to odpowiednio:
 - a) dla pakietu Solo – Ubezpieczony,
 - b) dla pakietu Duet – Ubezpieczony oraz Współmałżonek/Partner,
 - c) dla pakietu Solo Plus – Ubezpieczony oraz Dziecko/Dzieci,
 - d) dla pakietu Duet Plus – Ubezpieczony oraz Współmałżonek/Partner oraz Dziecko/Dzieci.
- 18) **Pełny dzień pobytu w szpitalu** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu w szpitalu (do godz. 24:00) z zastrzeżeniem, że pierwszy dzień liczy się od przyjęcia do 24:00. Dnia wypisu ze szpitala nie zalicza się do liczby pełnych dni pobytu w szpitalu.
- 19) **Polisa** – dokument wystawiony przez Allianz potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, określający szczegółowo warunki, na jakich została ona zawarta.
- 20) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące skutek, który nakładając się na istniejące wcześniej u Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera zmiany zwyrodnieniowe może doprowadzić do wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 21) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu osoby objętej ubezpieczeniem, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u tej osoby, polegające na oddziaływaniu na ciało tej osoby:

- a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
- b) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
- c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
- d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych,
- jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia osoby objętej ubezpieczeniem nie są przyczyną zewnętrzną według o.w.u.;
- 22) **Rana cięta lub szarpana** – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, powstałe wskutek przecięcia skóry lub położonych głębiej tkanek z wyjątkiem kości; za ranę ciętą w rozumieniu o.w.u. nie uważa się ran ciętych będących skutkiem zamierzonego działania leczniczego.
- 23) **Rana miażdżona** – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, charakteryzujące się zmiążdżeniem brzegów rany, utworzeniem głębokiego krwiaka, również z rozległym uszkodzeniem podłoża kostnego.
- 24) **Rok polisowy** – 12 miesięcy od daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony.
- 25) **Składka** – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie.
- 26) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia wypłacanego w sytuacjach określonych w o.w.u.. Wysokość sumy ubezpieczenia może być odrębna dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych i jest wskazana w polisie, na podstawie Tabeli limitów.
- 27) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu o.w.u. nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 28) **Świadczenie** – kwota, którą Allianz jest zobowiązany wypłacić w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z postanowieniami o.w.u.
- 29) **Tabela limitów** – załącznik do o.w.u., stanowiący ich integralną część, wskazujący wysokości sum ubezpieczenia dla poszczególnych wariantów umowy ubezpieczenia.
- 30) **Trwałe i całkowite inwalidztwo** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego i/lub Współmałżonka/Partnera Współmałżonek/Partner spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, w rezultacie których Ubezpieczony i/lub Współmałżonek/Partner nie jest zdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie, przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
- 31) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego i/lub Współmałżonka/Partnera, które powodują upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- 32) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek osoby objętej ubezpieczeniem zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek.
- 33) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia.
- 34) **Umowa ubezpieczenia (ubezpieczenie)** – umowa zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie o.w.u.
- 35) **Uposażony** – podmiot wyznaczony odpowiednio przez Ubezpieczonego i Współmałżonka/Partnera uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek jego/ich śmierci.
- 36) **Uposażony Zastępczy** – podmiot wyznaczony odpowiednio przez Ubezpieczonego i Współmałżonka/Partnera uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek jego/ich śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy Uposażeni wskazani odpowiednio przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera nie żyją albo nie istnieją, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu lub utracili prawo do świadczenia.
- 37) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Dziecka, które powodują upośledzenie czynności organizmu, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- 38) **Utrata narządu** – fizyczna utrata narządu lub całkowita i trwała utrata funkcji narządu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 39) **Współmałżonek/Partner** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, pozostająca z Ubezpieczonym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:
- w związku małżeńskim – w przypadku Współmałżonka,
 - w związku nieformalnym, która jednocześnie prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe – w przypadku Partnera.
- 40) **Wyczynowe lub zawodowe uprawianie dyscyplin sportowych** – regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach kondycyjnych lub szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków lub organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu.
- 41) **Wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony i/lub Współmałżonek/Partner uległ jako:
- kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym albo jako pasażer któregoś z wymienionych pojazdów;
 - rowerzysta;
 - pieszy.
- 42) **Zaopatrzenie chirurgiczne** – opracowanie chirurgiczne rany, rozumiane jako jej oczyszczenie, usunięcie tkanek martwiczych i założenie szwów przy użyciu nici chirurgicznych, klamek lub plastrów chirurgicznych.
- 43) **Złamanie** – nagłe przerwanie ciągłości tkanki kostnej wskutek urazu, bez współistnienia tła chorobowego; za złamanie uważa się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych.

Załącznik nr 2 do ogólnych warunków ubezpieczenia Allianz Opiekun

Tabela limitów

Zdarzenia ubezpieczeniowe		Suma ubezpieczenia (zł)		
		Wariant Srebrny	Wariant Złoty	Wariant Platynowy
Pakiet Solo	Zakres ubezpieczenia: Standard			
	Śmierć	100	100	100
	Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	50 000	100 000	150 000
	Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	100 000	200 000	300 000
	Trwałe i całkowite inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	40 000	80 000
	Pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000	15 000	20 000
	Zakres ubezpieczenia: Komfort			
	Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	30 000	40 000
	Czasowa niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku *	3 000	4 500	6 000
	Leczenie operacyjne wskutek nieszczęśliwego wypadku	10 000	15 000	20 000
Pakiet Duet	Zakres ubezpieczenia: Standard			
	Śmierć	100	100	100
	Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	50 000	100 000	150 000
	Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	100 000	200 000	300 000
	Trwałe i całkowite inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	40 000	80 000
	Pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000	15 000	20 000
	Zakres ubezpieczenia: Komfort			
	Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	30 000	40 000
	Czasowa niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku *	3 000	4 500	6 000
	Leczenie operacyjne wskutek nieszczęśliwego wypadku	10 000	15 000	20 000
Pakiet Solo Plus/Pakiet Duet Plus	Pakiet Solo oraz Pakiet Duet można dodatkowo rozszerzyć o następujące zdarzenia:			
	Śmierć	100	100	100
	Uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	30 000	40 000
	Pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000	15 000	20 000
Assistance		nie dotyczy		

* Świadczenie wypłacane za każdy okres czasowej niezdolności do pracy wynoszący pełne, trwające nieprzerwanie 30 dni, poświadczone zwolnieniem/zaświadczeniem lekarskim:
 Wariant Srebrny – 500 zł
 Wariant Złoty – 750 zł
 Wariant Platynowy – 1 000 zł

Maksymalna wysokość świadczenia w roku polisowym:
 Wariant Srebrny – 3 000 zł (za 180 dni czasowej niezdolności do pracy)
 Wariant Złoty – 4 500 zł (za 180 dni czasowej niezdolności do pracy)
 Wariant Platynowy – 6 000 zł (za 180 dni czasowej niezdolności do pracy)

Załącznik nr 3 do ogólnych warunków ubezpieczenia Allianz Opiekun

Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
Zabiegi w zakresie czaszki, mózgu, opon		
1	Nacięcie/ drenaż zatok czaszki	30
2	Kraniotomia – każda, odbarczenie mózgu, usunięcie krwiaka nad- podtwardówkowego, śródmózgowego, ciała obcego itp., trepanacja czaszki	60
3	Powtórne otwarcie w miejscu kraniotomii (rewizja po operacji krwiaka)	30
4	Kraniektomia	20
5	Wprowadzenie cewnika do jamy czaszki	20
6	Nacięcie opon mózgu – drenaż w obrębie mózgu (ropnia, ropniaka, wodniaka podpajecznówkowego, śródczaszkowego, podtwardówkowego)	20
7	Opracowanie chirurgiczne rany mózgu	50
8	Usunięcie ropnia pnia mózgu	80
9	Usunięcie ropnia mózdzku	80
10	Plastyka czaszki (wszystkie rodzaje)	50
11	Zeszycie opon mózgowych – proste szycie opony twardej	30
12	Inne zabiegi naprawcze opon (w tym zamknięcie przetoki płynowej)	30
13	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	20
14	Rewizja, usunięcie i płukanie drenu dokomorowego mózgu	20
Zabiegi na rdzeniu kręgowym i strukturach kanału kręgowego oraz nerwach		
15	Usunięcie ciała obcego z kanału kręgowego	100
16	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu przedniego	80
17	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu tylnego	80
18	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu przez gardło	100
19	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – operacyjne z dostępu przedniego	100
20	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – operacyjne z dostępu tylnego	100
21	Reoperacja odbarczająca kanału kręgowego	100
22	Laminektomia odbarczająca	50
23	Eksploracja korzeni nerwów rdzeniowych	70
24	Inna eksploracja i odbarczenie kanału kręgowego	70
25	Operacja złamania kręgu – nastawienie złamania, podniesienie fragmentu, inne	100
26	Operacja złamania kręgu – usunięcie fragmentu kostnego z kanału kręgowego	100
27	Operacja naprawcza rdzenia kręgowego – pourazowe	100
28	Operacja naprawcza opon rdzeniowych	100
29	Drenaż przestrzeni rdzeniowych – każdy	10
30	Rewizja drenażu przestrzeni płynowych rdzenia	20
31	Szycie nerwu obwodowego/ czaszkowego	50
32	Uwolnienie zrostów i dekompresja korzeni nerwów czaszkowych (twarzowy, trójdzielny)	80
Zabiegi na tarczycy, nadnerczach		
33	Usunięcie płata tarczycy	30
34	Inne zabiegi częściowego usunięcia tarczycy	25
35	Całkowita resekcja tarczycy	60
36	Szycie tarczycy	20
37	Częściowe/jednostronne usunięcie nadnerczy	40
Zabiegi w zakresie oka, ucha, nosa, zatok		
38	Plastyka rany powieki	10

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
39	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	10
40	Zabiegi naprawcze w zakresie rogówki	20
41	Chirurgia rekonstrukcyjna rogówki	30
42	Szycie skaleczenia twardówki oraz inne zabiegi w zakresie uszkodzonej urazowo twardówki	20
43	Zabieg naprawczy rozerwania siatkówki (fotokoagulacja, krioterapia, laser, inne)	30
44	Zabieg naprawczy odwarstwienia siatkówki z klamrowaniem twardówki i wszczepem	30
45	Inny zabieg naprawczy odwarstwienia siatkówki (fotokoagulacja, krioterapia)	20
46	Usunięcie ciała szklistego	40
47	Naprawa po urazie mięśnia okoruchowego	40
48	Zabiegi w zakresie oczodołów i gałek ocznych – nacięcie oczodołu	20
49	Usunięcie penetrującego ciała obcego z oka	20
50	Wytrzewienie gałki ocznej	40
51	Wyłuszczenie gałki ocznej	40
52	Wytrzewienie oczodołu	40
53	Zaopatrzenie urazu gałki ocznej i oczodołu	10
54	Amputacja ucha zewnętrznego	15
55	Rekonstrukcja zewnętrznego przewodu słuchowego	25
56	Inna plastyka ucha zewnętrznego (pourazowa)	25
57	Otwarte nastawienie złamania nosa	20
58	Przyszycie amputowanego nosa	40
59	Zabieg naprawczy zatok nosa	35
60	Operacje zatok nosa – inne	35
Zabiegi w zakresie jamy ustnej, gardła, krtani		
61	Częściowe wycięcie języka	30
62	Całkowite usunięcie języka	40
63	Zabiegi naprawcze języka i plastyka języka	30
64	Szycie rany języka	10
65	Szycie rany gardła	30
66	Stała tracheostomia	10
67	Zabiegi naprawcze krtani (m.in. szycie rany krtani)	30
68	Zabiegi naprawcze i plastyczne tchawicy (szycie rany tchawicy, protezowanie, rewizja tracheostomii)	30
Zabiegi na narządach klatki piersiowej		
69	Segmentowa resekcja płuca	50
70	Usunięcie płata płucnego	60
71	Całkowite usunięcie płuca	80
72	Zabiegi naprawcze i plastyczne w zakresie płuca i oskrzela (szycie rany oskrzela, płuca, zamknięcie przetoki)	40
73	Nacięcie ściany klatki piersiowej i opłucnej (torakotomia zwiadowcza, nacięcie, drenaż opłucnej)	40
74	Częściowe wycięcie opłucnej (dekortykacja)	50
75	Zabieg naprawczy w zakresie ściany klatki piersiowej (szycie rany, zamknięcie przetoki kłp)	40
76	Operacje w zakresie przepony (szycie, zabiegi naprawcze)	50
77	Inne operacje w zakresie klatki piersiowej (zabieg naprawczy opłucnej)	40
78	Otwarta walwuloplastyka bez wymiany zastawki	100
79	Wymiana zastawki serca	100
80	Operacje innych struktur związanych z zastawkami serca (mięśnie brodawkowate, nitki ścięgniste, belecзки mięśniowe)	80

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
81	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego materiałem sztucznym (pourazowego)	80
82	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej i międzykomorowej z użyciem przeszczepu tkankowego (pourazowego)	80
83	Pomosty (by-passy) dla rewaskularyzacji serca	80
84	Wszczep tętniczy dla rewaskularyzacji serca	80
85	Perikardiocenteza	20
86	Kardiotomia (nacięcie wsierdza, mięśnia, przedsionka, komory)	60
87	Perikardiotomia (przecięcie, nacięcie osierdza)	30
88	Częściowa wentrykulektomia	60
89	Zabiegi naprawcze serca i osierdza (zabiegi otwarte, w tym wszczepienie urządzenia wspomagającego pracę serca)	60
90	Wprowadzenie/ rewizja/ wymiana/ usunięcie elektrod rozrusznika serca, czasowego rozrusznika serca lub rewizja miejsca wprowadzenia rozrusznika	30
91	Założenie, wymiana, usunięcie i rewizja rozrusznika serca	30
92	Wszczepienie lub wymiana całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/ defibrylacji [AICD]	60
93	Wszczepienie elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/ defibrylacji [AICD]	60
94	Wymiana elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/ defibrylacji [AICD]	30
95	Szycie rozerwania przełyku	80
96	Zabiegi w zakresie przewodu piersiowego (podwiązanie, kaniulowanie, wytworzenie, zamknięcie przetoki)	40
Zabiegi na narządach jamy brzusznej		
97	Częściowe usunięcie śledziony	35
98	Całkowita splenektomia	35
99	Gastrotomia (z wyjątkiem endoskopowej PEG – 43.11)	30
100	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z przełykiem	60
101	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z dwunastnicą	60
102	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym	60
103	Częściowe wycięcie żołądka – inne (w tym z wstawką)	60
104	Całkowite usunięcie żołądka (w tym z dwunastnicą, z przełykiem)	80
105	Zespolenie żołądkowo-jelitowe bez wycięcia żołądka (z wyjątkiem endoskopowego 44.32)	40
106	Szycie rozerwania żołądka	30
107	Inna resekcja w zakresie jelita cienkiego – częściowa, całkowita, mnoga	50
108	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	60
109	Wycięcie kątnicy	50
110	Hemikolektomia prawostronna	50
111	Resekcja poprzeczniczy	50
112	Hemikolektomia lewostronna	50
113	Sigmoidektomia	50
114	Częściowe wycięcie jelita grubego – inne	50
115	Zespolenie jelitowe (wszystkie rodzaje)	30
116	Wyłonienie jelita – cienkiego, grubego	30
117	Kolostomia – czasowa, stała	30
118	Ileostomia – czasowa, stała	30
119	Enterostomia – inne (z wyjątkiem endoskopowej)	30
120	Inne zabiegi naprawcze w zakresie jelit – szycie rozerwanej dwunastnicy, jelita cienkiego, grubego, zamknięcie przetoki	40
121	Resekcja odbytnicy	50
122	Resekcja odbytnicy – inne	50
123	Szycie rozerwania odbytnicy	25
124	Szycie rany odbytu	20
125	Częściowe wycięcie wątroby	60
126	Częściowe usunięcie wątroby	60
127	Całkowite usunięcie wątroby	100
128	Zabiegi naprawcze wątroby (zamknięcie uszkodzenia, ufiksowanie, inne)	50
129	Cholecysektomia, (z wyjątkiem laparoskopowej – 51.23)	40

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
130	Zespolenie pęcherzyka żółciowego lub przewodów żółciowych (dróg żółciowych)	40
131	Zabiegi naprawcze dróg żółciowych (szycie, plastyka)	50
132	Częściowa pankreatektomia (wszystkie rodzaje)	70
133	Totalna pankreatektomia	100
134	Operacje naprawcze trzustki – inne (szycie, fistulektomia)	60
135	Zespolenie trzustki (przewodu trzustkowego z jelitem, żołądkiem)	60
136	Laparotomia zwiadowcza	30
137	Zeszycie ściany jamy brzusznej i otrzewnej	30
138	Inne zabiegi naprawcze ściany jamy brzusznej i otrzewnej (zeszycie, przeszczep sieci, operacje naprawcze krezki)	40
139	Przeszkórny drenaż jamy brzusznej	15
Zabiegi na narządach układu moczowego i płciowego		
140	Drenaż przestrzeni okołonerkowej lub okopęcherzowej	20
141	Nacięcie mięszu nerkowego (nefrotomia) i wytworzenie przetoki nerkowej (nefrostomia) – z wyjątkiem nefrolitotomii 55.013	30
142	Nacięcie miedniczki nerkowej (pielotomia) i wytworzenie przetoki miedniczkowej (pielostomia) (z wyjątkiem pielolitotomii)	30
143	Częściowe wycięcie nerki	40
144	Całkowite wycięcie nerki (nefrektomia)	60
145	Obustronne wycięcie nerek	100
146	Przeszczep nerki	80
147	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej (nephropeksja)	30
148	Zeszycie rany nerki	30
149	Zamknięcie nefrostomii-pielostomii	20
150	Zamknięcie innej przetoki nerkowej	20
151	Zespolenie nerkowe (miedniczkowe, moczowodowe, kielichowe)	40
152	Przeszkórne nakłucie i odessanie (krwiaka nerki, nakłucie nerki)	20
153	Nacięcie moczowodu w celu odprowadzenia moczu	20
154	Nacięcie moczowodu w celu eksploracji	20
155	Częściowe wycięcie moczowodu	50
156	Całkowite usunięcie moczowodu	60
157	Wycięcie moczowodu (ureterektomia) – inne	50
158	Wytworzenie przetoki moczowodowo-jelitowo-skrónej	70
159	Wytworzenie innej przetoki moczowodowo-skrónej	60
160	Odprowadzenie moczu do jelita	40
161	Przeszczepienie moczowodu do pęcherza	40
162	Zespolenie międzymoczowodowe (transureteroureterostomia)	40
163	Zeszycie rany moczowodu	30
164	Inne zabiegi naprawcze moczowodu (wszczep, pętla jelitowa, ureteroplikacja)	50
165	Podwiązanie moczowodu	40
166	Przecewkowe opróżnienie pęcherza moczowego – drenaż pęcherza moczowego bez nacięcia	10
167	Usunięcie skrzepów z pęcherza bez nacięcia – przez cewkowe	10
168	Przeszkórna cystostomia (przetoka)	30
169	Inne przetoki nadłonowe	30
170	Zespolenie pęcherzowo-skróne (vesicostomia)	40
171	Rewizja lub zamknięcie przetoki pęcherzowo-skrónej	20
172	Otwarte wycięcie innej zmiany lub tkanki pęcherza – pourazowe	30
173	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	50
174	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego (włącznie z wytrzewieniem)	100
175	Zeszycie rany pęcherza moczowego	20
176	Operacja przetoki pęcherzowo-jelitowej	40
177	Operacja innej przetoki pęcherzowej	40
178	Plastyka pęcherza i cewki moczowej oraz plastyka szyi pęcherza	30
179	Operacja wycięcia pęcherza moczowego	80
180	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	80
181	Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego	20

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
182	Wycięcie cewki moczowej	80
183	Zeszyte rany cewki moczowej	20
184	Odtworzenie ciągłości cewki moczowej	30
185	Inne nacięcie tkanki około pęcherzowej – odsłonięcie (eksploracja) przestrzeni około pęcherzowej, pozałonowej, drenaż krwiaka	20
186	Nacięcie ropnia stercza z drenażem	20
187	Prostatektomia nadłonowa	50
188	Prostatektomia załonowa	50
189	Prostatektomia radykalna	60
190	Nacięcie i drenaż moszny i osłonki pochwowej jądra	20
191	Szycie rany moszny i osłonki pochwowej jądra	20
192	Operacja przetoki mosznowej	30
193	Operacje naprawcze moszny/ osłonki pochwowej – inne	35
194	Jednostronne wycięcie jądra	30
195	Wycięcie obu jąder	80
196	Szycie rany jądra	20
197	Wycięcie najądrza	20
198	Szycie rany powrózka nasiennego/ najądrza	30
199	Szycie rany nasieniowodu/ najądrza	30
200	Amputacja prącia	50
201	Szycie rany prącia	20
202	Odtworzenie prącia	80
203	Replantacja/ przyszycie amputowanego prącia	80
204	Jednostronne usunięcie jajnika (bez laparoskopowego)	35
205	Jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu (bez laparoskopowego)	40
206	Obustronne usunięcie jajników (bez laparoskopowego)	80
207	Usunięcie obu jajników i jajowodów (bez laparoskopowego)	80
208	Szycie jajnika	20
209	Plastyka jajowodu i jajnika	40
210	Operacje naprawcze – umocowanie jajnika	30
211	Otwarcie „na tępo” ropnia jajowodowo-jajnikowego	20
212	Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu	30
213	Całkowite obustronne wycięcie jajowodów	50
214	Proste zeszyte jajowodu	20
215	Szycie jajowodu	25
216	Operacja wykonywana na jajowodach – inne (zespolenie, przywrócenie drożności)	30
217	Szycie rozdarcia szyjki macicy	20
218	Zamknięcie przetoki szyjki macicy	20
219	Niecałkowite wycięcie macicy drogą brzuszna (w tym Laparoskopowe nadszytkowe usunięcie macicy LSH i LASH, Klasyczne śródpowięziowe usunięcie macicy CISH)	40
220	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszna (proste i poszerzone)	60
221	Wycięcie macicy drogą pochwową (w tym laparoskopowe)	60
222	Wytrzewienie miednicy małej	100
223	Szycie rozdarcia macicy	30
224	Zamknięcie przetoki macicy	30
225	Usunięcie penetrującego ciała obcego z szyjki macicy	30
226	Nakłucie zagłębienia odbytniczno-macicznego (zatoki Douglasa)	15
227	Nacięcie zagłębienia odbytniczno-macicznego	20
228	Drenaż krwiaka pochwy	10
229	Zamknięcie światła pochwy i całkowite wycięcie pochwy	30
230	Odtworzenie pochwy	40
231	Szycie rozdarcia pochwy	10
232	Operacja przetoki pochwowo-jelitowej i innej	20
233	Plastyka pochwy i krocza	20
234	Amputacja łechtaczki	20
235	Inne zabiegi wycięcia sromu	25
236	Szycie pęknięcia sromu lub krocza	20

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
237	Operacja przetoki sromu lub krocza	30
	Zabiegi po urazach i złamaniach kości, urazach stawów	
238	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	30
239	Inne zabiegi naprawcze w zakresie kości twarzy i zabiegi ortognatyczne (osteoplastyka, plastyka)	50
240	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	40
241	Otwarte nastawienie złamania szczęki	40
242	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	40
243	Otwarte nastawienie złamania żębołodu	30
244	Otwarte nastawienie kości twarzy – inne (oczodołu)	50
245	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	40
246	Operacje kości twarzy/ stawów – inne	30
247	Wycięcie martwaka (wszystkie kości)	20
248	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – nieokreślone miejsce	10
249	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	20
250	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość ramienna	10
251	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość promieniowa/ kość łokciowa	10
252	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kości nadgarstka/ śródreżca	10
253	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość udowa	20
254	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	10
255	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kości stępu/ kości śródstopia	10
256	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – inne kości (miednica)	20
257	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – inne kości (palczki palców stopy/ ręki)	10
258	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – inne kości (kręgi)	20
259	Inne zabiegi naprawcze kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	20
260	Inne zabiegi naprawcze kości – kość ramienna	40
261	Inne zabiegi naprawcze kości – kość promieniowa/ kość łokciowa	30
262	Inne zabiegi naprawcze kości – kości nadgarstka/ śródreżca/ palczki (ręki)	20
263	Inne zabiegi naprawcze kości – kość udowa/ miednica	50
264	Inne zabiegi naprawcze kości – rzepka	10
265	Inne zabiegi naprawcze kości – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	30
266	Inne zabiegi naprawcze kości – kości stępu/ kości śródstopia/ palczki (stopy)	20
267	Inne zabiegi naprawcze kości – inne (kręgi)	40
268	Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	20
269	Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu – kość ramienna	50
270	Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu – kość promieniowa/ kość łokciowa	40
271	Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu – kości nadgarstka/ śródreżca/ palczki (ręki)	20
272	Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu – kość udowa/ miednica	50
273	Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu – rzepka	20
274	Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	40
275	Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu – kości stępu/ kości śródstopia/ palczki (stopy)	30
276	Zabieg naprawczy złęgo zrostu lub braku zrostu – kręgi	50
277	Stabilizacja wewnętrzna kości bez nastawienia złamania – profilaktyczna	20
278	Powtórne wprowadzenie wewnętrznego stabilizatora	30
279	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	30
280	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość ramienna	60

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
281	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość promieniowa/ kość łokciowa	40
282	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kości nadgarstka/ śródreżcza/ paliczki (ręki)	20
283	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość udowa/ miednica	60
274	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – rzepka	20
285	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	50
286	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kości stępu/ kości śródstopia/ paliczki (stopy)	20
287	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kręgi	50
288	Usunięcie mechanicznych implantów z kości – zewnętrzny stabilizator kości (inwazyjny) każda lokalizacja	10
289	Usunięcie mechanicznych implantów z kości – zespolenie wewnętrzne (każda lokalizacja)	30
290	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość ramienna	50
291	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość promieniowa/ łokciowa	40
292	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kości nadgarstka/ kości śródreżcza	20
293	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki ręki	20
294	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość udowa	50
295	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa	40
296	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kości stępu/ kości śródstopia (noga)	30
297	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki (stopy)	10
298	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	20
299	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – inne wyszczególnione kości (miednica)	60
300	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – inne wyszczególnione kości (rzepka)	20
301	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	50
302	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa/ łokciowa	40
303	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości nadgarstka/ kości śródreżcza	20
304	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki ręki	20
305	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	50
306	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	40
307	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości stępu/ kości śródstopia (noga)	30
308	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki stopy	10
309	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	20
310	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne wyszczególnione kości (miednica)	80
311	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne wyszczególnione kości (rzepka)	20
312	Zamknięte nastawienie oddzielonej nasady kości – wszystkie lokalizacje – ze stabilizacją, bez stabilizacji	20
313	Otwarte nastawienie oddzielonej nasady kości – wszystkie lokalizacje – ze stabilizacją, bez stabilizacji	30
314	Zamknięte nastawienie zwłknięcia	10
315	Otwarte nastawienie zwłknięcia	20
Operacje kręgosłupa		
316	Wycięcie krążka międzykręgowego – usunięcie przepukliny jądra miażdżystego na każdym poziomie	30

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
317	Spondylodeza szczytowo-obrotowa – czaszkowo-szyjna, C1-C2, potyliczno-C2 z dościa przedniego, tylnego lub przez jamę uszną	100
318	Spondylodeza szyjna z dostępu przedniego	80
319	Spondylodeza szyjna z dostępu tylnego	80
320	Spondylodeza piersiowa i piersiowo-łędźwiowa z dostępu przedniego	100
321	Spondylodeza piersiowa lub piersiowo-łędźwiowa z dostępu tylnego	100
322	Spondylodeza łędźwiowa/ łędźwiowo-krzyżowa z dostępu przedniego	100
323	Spondylodeza łędźwiowa lub łędźwiowo-krzyżowa wyrostków poprzecznych z dostępu bocznego	60
324	Spondylodeza łędźwiowa/ łędźwiowo-krzyżowa z dostępu tylnego (w tym PLIF, TLIF)	80
325	Wprowadzenie wypełniacza przestrzeni kostnych	20
Zabiegi naprawcze w zakresie stawów kończyn		
326	Operacje stawu biodrowego	50
327	Operacje rewizyjne w obrębie stawu biodrowego	70
328	Operacje stawu kolanowego	50
329	Operacje rewizyjne stawu kolanowego	70
330	Wycięcie łątki kolana (meniscektomia)	20
331	Plastyka więzadła kolana (five-in-one)	40
332	Plastyka niestabilności przednio-przyśrodkowej kolana z uszkodzeniem łątki	30
333	Plastyka niestabilności rzepki	30
334	Plastyka więzadeł krzyżowych kolana – inne	30
335	Plastyka więzadeł pobocznych kolana – inne	20
336	Plastyka stawu kolanowego – inne	40
337	Plastyka stawu skokowego – inne	50
338	Wymiana stawu kończyny dolnej – endoproteza plastyka całkowita i częściowa, operacja rewizyjna	40
339	Inne procedury na kręgosłupie – wyłącznie Spondylodeza pierwotna	60
340	Artroplastyka i zabiegi naprawcze stawów barku i łokcia (w tym endoproteza i rewizja)	40
341	Szycie torebki stawowej/ więzadeł kończyny górnej	30
342	Szycie torebki stawowej/ więzadeł stawów stępu/ stopy	20
343	Szycie torebki stawowej/ więzadeł nogi – inne	20
Amputacje w zakresie kończyn		
344	Amputacja kończyny górnej	40
345	Amputacja i wyluszczenie palca ręki w stawie	10
346	Amputacja i wyluszczenie kciuka w stawie	20
347	Amputacja w zakresie ręki	30
348	Wyluszczenie nadgarstka	30
349	Amputacja w zakresie przedramienia	30
350	Wyluszczenie w stawie łokciowym	40
351	Amputacja w zakresie ramienia	40
352	Wyluszczenie w stawie barkowym	40
353	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	50
354	Amputacja kończyn dolnej – nie określona inaczej	50
355	Amputacja palca stopy	10
356	Amputacja w zakresie stopy	30
357	Wyluszczenie w stawie skokowym	30
358	Inna amputacja poniżej kolana	40
359	Wyluszczenie w stawie kolanowym	50
360	Amputacja powyżej kolana	50
361	Wyluszczenie w stawie biodrowym	60
362	Brzuszo-miedniczne odjęcie kończyny dolnej	80
363	Replantacja kończyny	100
364	Rewizja kikuta po amputacji	20
365	Wszczep lub dopasowanie protezy kończyny	10
Zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego, skóry		
366	Operacja na mięśni, ścięgnie i rozciąganie dłoniowym (w tym eksploracja pochewki ścięgna, nacięcie, drenaż)	10
367	Przecięcie mięśnia, ścięgna i powięzi ręki	10

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
368	Szycie mięśnia, ścięgna, powięzi ręki	20
369	Rekonstrukcja kciuka	50
370	Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki (eksploracja pochewki ścięgna)	20
371	Wycięcie kaletki	10
372	Szycie mięśnia, ścięgna i powięzi (rozciągnięta, w tym zeszyte ścięgna Achillesa)	20
373	Rekonstrukcja mięśnia i ścięgna (w tym wydłużenie, skrócenie, przemieszczenie, przeszczep, powtórne przytwierdzenie)	30
374	Rekonstrukcja pierwotna wielotkankowych uszkodzeń kończyny górnej	50
375	Rekonstrukcja pierwotna wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej	50
376	Szycie rany piersi	10
377	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej	20
378	Usunięcie ciała obcego ze skóry i tkanki podskórnej	10
379	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia	10
380	Wolny przeszczep skóry (z wyjątkiem 86.64 – przeszczep włosów)	20
381	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry (w tym rewizja 86.75)	30
382	Inne zabiegi w zakresie skóry i tkanki podskórnej	20
	Zabiegi na naczyniach	
383	Nacięcie naczynia (Embolektomia, Trombektomia) – każda lokalizacja naczynia	30

Lp.	NAZWA OPERACJI	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
384	Wycięcie naczynia tętniczego z zespoleniem – każda lokalizacja	80
385	Wycięcie naczynia żylnego z zespoleniem – każda lokalizacja	60
386	Wycięcie naczynia ze wstawką naczynia – każda lokalizacja	60
387	Inne chirurgiczne zamknięcie naczynia (zaklepowanie, rozdzielanie, podwiązanie, zamknięcie, okluzja)	30
388	Inne zespolenie naczyniowe (w tym: pomost aorta – t. pod- obojczykowa – t. szyjna wspólna, Inne zespolenia naczyniowe klatki piersiowej, pomost aortalno-biodrowy, biodrowo-udowy, aortalno-trzewny)	80
389	Wytworzenie przetoki tętniczo-żylny dla dializy	10
390	Zewnątrzczaszkowy – wewnątrzczaszkowy pomost naczyniowy	60
391	Zespolenie lub pomost naczyniowy/ obwodowy – inne	50
392	Szycie naczynia krwionośnego (tętnicy, żyły)	25
393	Wewnątrznaczyniowy zabieg naprawczy aorty brzusznej – wszczępienie stentu – pourazowe	80
394	Wszczep wewnątrznaczyniowy w obrębie aorty piersiowej – uraz aorty	100
395	Inne zabiegi na naczyniach krwionośnych – wszczępienie stentu	50

Załącznik nr 4 do ogólnych warunków ubezpieczenia Allianz Opiekun

Tabele: oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dotyczy Dzieci)

Tabela oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenia głowy		
1)	Ubytki w kościach czaszki – o charakterze wgłobień, szczeliny lub fragmentacje, niezależnie od rozległości	5
2)	Złamania podstawy czaszki	15
3)	Złamania nosa	5
4)	Złamania szczęki lub żuchwy	10
5)	Utrata częściowa szczęki lub żuchwy	15
6)	Utrata całkowita szczęki lub żuchwy	35
7)	Amputacja nosa w całości	30
8)	Amputacja skrzydełka nosa	10
9)	Amputacja całkowita małżowiny usznej	15
10)	Amputacja całkowita obu małżowin usznych	30
2. Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy		
1)	Porażenie połowicze utrwalone	100
2)	Całkowita utrata mowy	100
3. Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu		
1)	Utrata wzroku w jednym oku	30
2)	Utrata wzroku w obu oczach	100
3)	Utrata słuchu w jednym uchu	30
4)	Obustronna utrata słuchu	60
4. Uszkodzenia klatki piersiowej		
1)	Złamanie mostka	3
2)	Złamanie żebra w przypadku złamania do 4 żeber (za każde żebro)	1
3)	Złamania więcej niż 4 żeber (niezależnie od ilości)	10
5. Uszkodzenia kręgosłupa		
1)	Złamania kręgosłupa szyjnego w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	5
2)	Złamania kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1 — Th11 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
3)	Złamania kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12 — L5 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
6. Uszkodzenia rdzenia		
1)	Całkowite porażenie czterech kończyn (tetraplegia)	100
2)	Całkowite porażenie obu kończyn dolnych	90
3)	Całkowite porażenie obu kończyn górnych	100
7. Uszkodzenia miednicy		
1)	Złamania miednicy bez przerwania ciągłości obręczy biodrowej	8
2)	Złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej	20
3)	Złamania panewki stawu biodrowego	10
8. Uszkodzenia kończyn górnych		
1)	Złamania łopatki	4
2)	Złamania obojczyka	4
3)	Amputacja kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70
4)	Amputacja kończyny wraz z łopatką	75
5)	Złamanie trzonu kości ramiennej	10
6)	Amputacja kończyny na poziomie ramienia	65

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
7)	Amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
8)	Złamania dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej	7
9)	Amputacja w stawie łokciowym	60
10)	Złamania dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia	8
11)	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	7
12)	Amputacja kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	50
13)	Złamania nadgarstka	5
14)	Amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
15)	Złamania pojedynczej kości śródreżca	3
16)	Złamania kości śródreżca – trzech lub więcej	8
17)	Amputacja w zakresie kciuka (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	5
18)	Amputacja paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego lub obu paliczków	15
19)	Złamania kciuka	3
20)	Amputacja fragmentu opuszka palca	1
21)	Amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	4
22)	Amputacja paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego	7
23)	Amputacja trzech paliczków	10
24)	Złamania palca wskazującego	3
25)	Amputacja dwóch lub trzech paliczków w zakresie palców III, IV lub V	5
26)	Złamania w obrębie palców dłoni III, IV lub V (za każdy palec)	2
27)	Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palca wskazującego)	4
28)	Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym palec wskazujący)	6
29)	Amputacja pięciu palców jednej ręki	40
9. Uszkodzenia kończyn dolnych		
1)	Złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamania przez i podkrętarzowe, złamania krętarzy)	15
2)	Amputacja kończyny dolnej przez wyluszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75
3)	Amputacja obu kończyn dolnych przez wyluszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90
4)	Złamania kości udowej	15
5)	Amputacja kończyny na poziomie uda	55
6)	Złamania nasad tworzących staw kolanowy i rzepki	10
7)	Amputacja kończyny na poziomie kolana	50
8)	Złamania jednej lub obu kości podudzia	10
9)	Amputacja kończyny w obrębie podudzia	45
10)	Złamania w obrębie stawu skokowo-goleniowego lub stawu skokowo-piętowego	5
11)	Złamania kości skokowej lub piętowej	5
12)	Złamania kości stępu	4
13)	Złamania kości śródstopia	2
14)	Złamania trzech i więcej kości śródstopia	5
15)	Amputacja stopy w obrębie śródstopia	20
16)	Amputacja stopy w stawie Lisfranca	25
17)	Amputacja stopy w stawie Choparta	30
18)	Amputacja stopy w całości	35
19)	Amputacja obu stóp	70
20)	Amputacja w obrębie paliczka paznokciowego i utrata całego paliczka	3

Rodzaj uszkodzenia na zdrowiu		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
21)	Amputacja całego palucha	8
22)	Złamania palucha	2
23)	Amputacja w zakresie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	3
24)	Złamania w obrębie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	1,5
25)	Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palucha)	3
26)	Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym paluch)	4
10. Rana cięta, szarpana lub miażdżona		
1)	w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
2)	w obrębie pozostałych części ciała	1
11. Wstrząśnienie mózgu		
12. Oparzenia		
1)	II stopnia (< 2% powierzchni ciała)	2
2)	II stopnia (2-14% powierzchni ciała)	4
3)	II stopnia (15-30% powierzchni ciała)	7
4)	II stopnia (> 30% powierzchni ciała)	30
5)	III stopnia (<5% powierzchni ciała)	4
6)	III stopnia (5-15% powierzchni ciała)	7
7)	III stopnia (>15% powierzchni ciała)	30
8)	Dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10

Tabela zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Rodzaj zabiegu operacyjnego		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1. Zabieg operacyjny oka		
1)	Usunięcie gałki ocznej	50
2)	Operacyjne leczenie urazu gałki ocznej	30
3)	Operacja naprawcza odwarstwienia siatkówki (bez kriopeksji i laseroterapii)	10
2. Zabieg operacyjny nosa		
1)	Operacyjne leczenie złamania kości grzbietu lub nasady nosa	10
3. Zabieg operacyjny czaszki		
1)	Trepanacja czaszki	20
2)	Operacyjne leczenie złamań szczęki	60
3)	Operacyjne leczenie złamań żuchwy	40
4)	Leczenie złamań podstawy czaszki	60
4. Zabieg operacyjny w obrębie klatki piersiowej – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:		
1)	Płuc	80
2)	Przełyku	80
3)	Żeber	10
4)	Mostka	20
5. Zabieg operacyjny w obrębie jamy brzusznej – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:		
1)	Żołądka: resekcja	50
2)	Żołądka: zeszyście	20
3)	Jelita: resekcja	40
4)	Jelita: zeszyście	20
5)	Wątroby	40
6)	Dróg żółciowych zewnątrz wątrobowych (bez pęcherzyka żółciowego)	80
7)	Trzustki	50
8)	Śledziony – usunięcie całkowite	40
9)	Śledziony – zeszyście	20
10)	Usunięcie nerki	50
11)	Zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej	20
6. Zabieg operacyjny w obrębie miednicy – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:		
1)	Cewki moczowej	40
2)	Pęcherza	40
3)	Jądra	20
7. Operacyjne leczenie złamań kości		
1)	Kręgosłupa	80
2)	Obręczy barkowej	40
3)	Miednicy	50
4)	Ramienia	20
5)	Przedramienia	15
6)	Uda	25
7)	Podudzia	20
8)	Obojczyka	10
9)	Śródstopia	10
10)	Stępu	10
11)	Nadgarstka	10
12)	Śródreżca	10
13)	Rzepki	10
14)	Łąkotki	10

Załącznik nr 5 do ogólnych warunków ubezpieczenia Allianz Opiekun

Warunki świadczenia usług Allianz Assistance

Czym są warunki świadczenia usług Allianz Assistance?

§ 1

1.

Niniejsze warunki, zwane dalej Warunkami, regulują zasady świadczenia przez Allianz usług Assistance w ramach umów ubezpieczenia Allianz Opiekun zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (zwane dalej Allianz) z Ubezpieczającymi.

2.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami zastosowanie mają zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia Allianz Opiekun.

Komu Allianz świadczy usługi Assistance?

§ 2

1.

Allianz świadczy usługi Assistance:

- 1) Ubezpieczonemu,
- 2) Współmałżonkowi/ Partnerowi,
- 3) Dziecku/ Dzieciom.

2.

Osoby wymienione w ust. 1 pkt 2 i 3 są uprawnione do korzystania z usług Assistance niezależnie od tego, czy umowę ubezpieczenia Allianz Opiekun zawarto w pakiecie Duet lub Duet Plus/ Solo Plus czy też Solo.

Na czym polegają usługi Allianz Assistance?

§ 3

- 1) W ramach umowy ubezpieczenia Allianz Opiekun pokrywane są koszty następujących usług Assistance świadczonych osobom wymienionym w § 2 ust. 1:
 - 1) udzielenie pomocy w razie wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) pomoc psychologa;
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne;
 - 4) dostęp do infolinii „Baby Assistance”;
- 2) Dodatkowo Allianz pokrywa koszty usługi udzielenia pomocy w przypadku urodzenia dziecka osobom wymienionym w § 2 ust. 1 pkt. 1 i 2.

Jaki jest zakres poszczególnych usług Allianz Assistance?

§ 4

1.

Udzielenie pomocy w razie wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku

W ramach usługi Assistance polegającej na udzieleniu pomocy w razie wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku Allianz gwarantuje osobom wymienionym w § 2 ust. 1 organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:

- 1) **dostarczenie do miejsca pobytu leków** zaordynowanych przez lekarza w sytuacji, gdy osoba wymieniona w § 2 ust. 1 w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia; Allianz pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 100 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) **transport medyczny z osobą bliską z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej** – transport jest organizowany do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu osoby wymienionej w § 2 ust. 1 w placówce medycznej; transport jest organizowany w przypadku, gdy:
 - a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w § 5 ust. 3 lub
 - b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w § 5 ust. 3.

Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

- 3) **transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – transport jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w § 2 ust. 1, przebywała w placówce medycznej; transport jest organizowany, gdy:
 - a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się lub
 - b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się; Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) **transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej** – transport jest organizowany w przypadku gdy placówka medyczna, w której przebywa osoba wymieniona w § 2 ust. 1, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy ta osoba skierowana jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transport jest organizowany, gdy:
 - a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się lub
 - b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się; Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 5) **organizację procesu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w § 2 ust. 1, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; Allianz zapewnia:
 - zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu osoby korzystającej z rehabilitacji do łącznej kwoty 700 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego albo
 - zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 700 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) **organizację wypożyczenia albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w § 2 ust. 1, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego; Allianz:
 - organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu osoby, dla której wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego
 - pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) **opiekę nad dziećmi** – w sytuacji gdy osoba wymieniona w § 2 ust. 1, przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż trzy dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - a) przewozu dzieci pod opieką osoby uprawnionej przez Allianz do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe);
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania dzieci i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe);Centrum Operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 7) ppkt a) i b) po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdyby Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia pod wskazanym przez osobę zgłaszającą roszczenie adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7) ppkt a) lub b), Allianz:
 - c) organizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi w miejscu ich zamieszkania do wysokości 150 zł za każdy dzień i maksymalnie do

4.

Zdrowotne usługi informacyjne.

W ramach zdrowotnych usług informacyjnych Allianz gwarantuje osobie wymienionej w § 2 ust. 1:

- 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
- 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży;
- 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
- 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
- 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
- 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
- 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania;
- 8) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;
- 9) informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- 10) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa);
- 11) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
- 12) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;
- 13) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;
- 14) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.

Informacje, o których mowa w pkt 1-14 powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego lub leczniczego.

5.

Dostęp do infolinii „Baby Assistance”.

W ramach dostępu do infolinii „Baby Assistance” Allianz gwarantuje osobie wymienionej w § 2 ust. 1, dostęp za pośrednictwem infolinii do informacji o:

- 1) objawach ciąży;
- 2) badaniach prenatalnych;
- 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
- 4) szkołach rodzenia;
- 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
- 6) karmieniu noworodka;
- 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;
- 8) pielęgnacji noworodka.

6.

Udzielenie pomocy w przypadku urodzenia dziecka.

W ramach udzielenia pomocy w przypadku urodzenia dziecka, Allianz gwarantuje osobie wymienionej w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2, **pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem**, polegającą na zorganizowaniu i pokryciu kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania osoby na rzecz której świadczona jest usługa w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Allianz pokrywa koszty jednej wizyty do łącznej kwoty 150 zł w odniesieniu do każdego nowonarodzonego dziecka. Opieka nad dzieckiem nowonarodzonym obejmuje:

- a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia,
- b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka,
- c) porady w razie problemów z laktacją,
- d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu,
- e) edukację w zakresie szczepień ochronnych.

7.

Limity kosztów, określonych w ust. 1, 2 i 3, odnoszą się oddzielnie do Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera, każdego Dziecka. W trakcie trwania odpowiedzialności Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia limity, określone w ust. 1, 2 i 3, mogą być wykorzystywane wielokrotnie, o ile odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

8.

Jeżeli usługa przekroczy limit kosztów określony w ust. 1, 2 i 3, może być ona wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile osoba wymieniona w § 2 ust. 1, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Allianz limitem.

trzech dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną; Usługi, o których mowa w pkt 7) ppkt a), b) i c), są realizowane na wniosek Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania dzieci nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;

- 8) **opiekę nad dziećmi w razie ich zachorowania** – w przypadku choroby dziecka potwierdzonej przez lekarza, Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem. Usługa jest świadczona przez 1 dzień, do wysokości 200 zł. Świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera i za jego pisemną zgodą;
- 9) **organizację prywatnych lekcji** – w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, na podstawie zaświadczenia lekarskiego, będzie musiało przebywać w domu powyżej 7 dni, Allianz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania dziecka do wysokości 200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) **organizację pobytu przedstawiciela ustawowego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka** – w sytuacji gdy dziecko jest hospitalizowane, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) **opiekę pielęgniarki po hospitalizacji** – w sytuacji gdy osoba wymieniona w § 2 ust. 1 na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania tej osoby do wysokości 1500 zł przez okres maksymalnie 5 dni;
- 12) **pomoc domową** – jeżeli osoba wymieniona w § 2 ust. 1, jest hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli osoba ta nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest do łącznej wysokości 300 zł i maksymalnie przez 5 dni;
- 13) **pomoc medyczną za granicą** – w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania osoby wymienionej w § 2 ust. 1 Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu tej osoby oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w § 5 ust. 3. Allianz pokrywa koszty usług wymienionych w zdaniu poprzednim, z możliwością dwukrotnego skorzystania z usług w roku polisowym do łącznego limitu 200 Euro w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

2.

Udzielenie pomocy w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

W ramach usługi Assistance polegającej na udzieleniu pomocy w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, Allianz gwarantuje osobie wymienionej w § 2 ust. 1, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku:

- 1) **wizytę lekarską** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu danej osoby, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w § 5 ust. 3; Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,;
- 2) **wizytę pielęgniarki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu danej osoby, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w § 5 ust. 3; Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

3.

Pomoc psychologa

Allianz gwarantuje osobie wymienionej w § 2 ust. 1, **pomoc psychologa** w trudnych sytuacjach losowych t.j.:

- a) choroba
- b) zgon Dziecka lub urodzenie martwego Dziecka,
- c) poronienie,
- d) zgon Współmałżonka/Partnera.

Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu 500 złotych w odniesieniu do jednej sytuacji losowej. Allianz na prośbę osoby na rzecz której świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.

W jakich przypadkach usługi Assistance nie są świadczone?

§ 5

1.

Allianz nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:

- 1) działania osoby wymienionej w § 2 ust. 1 pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków przepisanych przez lekarza lecz użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, choroby będącej następstwem spożywania alkoholu;
- 2) czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 2 ust. 1 w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 2 ust. 1 w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 2 ust. 1 w rozruchach lub zamieszkach albo strajkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 2 ust. 1 w aktach terroru;
- 3) próby samobójstwa, śmierci w wyniku samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę wymienioną w § 2 ust. 1 czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa.

2.

Rozmiar doznanych krzywd, cierpień, bólu lub utracone korzyści nie są objęte zakresem ubezpieczenia Allianz.

3.

Wszelkie zgłoszenia, wymagające pilnej interwencji medycznej, za które uważa się:

- a) zatrucia lekami, środkami/ substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utratę przytomności, omdlenia, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty;
- b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród;
- c) poważne urazy;
- d) nagłe wystąpienie drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażen i niedowładów;
- e) ciężką reakcją anafilaktyczną na ukąszenia, leki lub środki spożywcze traktowane są jako stany zagrożenia życia i winny być zgłaszane bezpośrednio do Pogotowia Ratunkowego.

4.

Zakres usług Assistance dodatkowo nie obejmuje:

- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem § 4 ust.1 pkt 13;
- 2) kosztów poniesionych przez osobę wymienioną w § 2 ust. 1 bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4;
- 3) kosztów zakupu leków (Allianz nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Allianz nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie);
- 5) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - b) leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,
 - c) wad wrodzonych,
 - d) następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych lub chorób zdiagnozowanych po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
 - e) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - f) leczenia, które jest wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych;
 - g) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - h) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - i) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa,

wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing;

- j) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- k) poddania się przez osobę wymienioną w § 2 ust. 1 leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- l) zdarzeń powstałych w wyniku złamania zakazów i regulacji rządowych (w tym wymogów wizowych),
- m) poddania się przez osobę wymienioną w § 2 ust. 1 leczeniu nieznanemu w sposób naukowy lub medyczny;
- n) chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
- o) chorób przewlekłych;
- p) rażącego niedbalstwa osoby wymienionej w § 2 ust. 1.

Jak skorzystać z usług Assistance?

§ 6

1.

W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do usług Assistance, osoba wymieniona w § 2 ust. 1 jest zobowiązana, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum Operacyjnym. Centrum Operacyjne czynne jest całą dobę.

2.

Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) adres zamieszkania;
- 3) numer polisy;
- 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
- 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
- 6) inne informacje, o które poprosi pracownik Centrum Operacyjnego, konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług Assistance.

3.

Osoba zgłaszająca konieczność skorzystania z usług Assistance zobowiązana jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć wskazane przez pracownika Centrum Operacyjnego dokumenty, niezbędne do prawidłowego ustalenia zasadności realizacji usług Assistance, na podstawie których przeprowadzane jest postępowanie dotyczące:

- a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia;
- b) zasadności zgłoszonych roszczeń;
- c) wysokości świadczenia;
- d) sposobu przekazania świadczenia.

4.

W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek siły wyższej osoba wymieniona w § 2 ust. 1 nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sama pokryła koszty usług, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2), 3), 4), 5) i 6), Allianz zwraca tej osobie poniesione przez nią koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu czternastu dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do usług Assistance i udokumentowania faktu poniesienia tych kosztów. Allianz zwraca koszty jedynie do wysokości limitów wskazanych w § 4.

5.

Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 4., rozumie się:

- 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1. pkt 2) – datę zaistnienia potrzeby transportu do odpowiedniej placówki medycznej;
- 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1. pkt 3) – datę wypisu ze szpitala albo datę wizyty w przychodni lub gabinecie medycznym;
- 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1. pkt 4) – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
- 4) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1. pkt 5) i 6) – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

Słownik pojęć

§ 7

Użyтым w niniejszych Warunkach terminom nadaje się znaczenia przyjęte w Słowniku pojęć zamieszczonym w Załączniku nr 1 do o.w.u Allianz Opiekun, zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Allianz świadczący usługi Assistance, którego numer telefonu podany jest w treści polisy.

- 2) **choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) **choroba przewlekła:**
 - a) zdiagnozowany przed zawarciem umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem
 - lub
 - b) choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 4) **lekarz Centrum Operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
- 5) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym znajduje się w danym momencie osoba zgłaszająca konieczność skorzystania z usług Assistance;
- 6) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 8) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 9) **transport medyczny** – zalecony przez lekarza transport z miejsca pobytu do placówki medycznej, z placówki medycznej do miejsca zamieszkania lub pomiędzy placówkami medycznymi, który stosownie do zaleceń lekarza jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia osoby transportowanej, wymaganym środkiem transportu; za transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
- 10) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na:
 - a) wystąpieniu u Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera lub Dziecka choroby,
 - b) doznaniu przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera lub Dziecka obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 4 ust. 3.
 - d) urodzeniu dziecka przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera.

Załącznik o opodatkowaniu świadczeń do umów ubezpieczenia na życie

Opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Opodatkowanie świadczeń z tytułu ustawy o podatku od spadków i darowizn

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

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

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

Egzekucja sądowa świadczeń i odszkodowań

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

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

Składka ubezpieczeniowa jako koszt uzyskania przychodu

Zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 59 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 z późn. zm.)

oraz art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy o PIT nie uważa się za koszty uzyskania przychodu składki opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1 i 2 działu II wymienionych w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66, Nr 81, poz. 530, Nr 126, poz. 853 i Nr 127, poz. 858) jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

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

Składka ubezpieczeniowa jako przychód pracownika

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

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