

INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW STREFA NNW

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, Rzeczpospolita Polska, zarejestrowana w Rejestrze Przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 28261 (Allianz)

Produkt: Strefa NNW

Pełne informacje podawane przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i informacje na temat Umowy ubezpieczenia dotyczące niniejszego produktu udostępnione są Ubezpieczającemu w Ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Strefa NNW wraz z załącznikami, zatwierdzonych uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 84/2018 z dnia 14.08.2018 i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 20.08.2018 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Jest to dobrowolne ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków z Działu II z Grupy 1 i 2, zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia zależy od zakresu ubezpieczenia, który Ubezpieczający wybiera przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności i ustalana jest indywidualnie, zgodnie z deklaracją Ubezpieczającego w momencie zawierania Umowy ubezpieczenia, w granicach limitów i obejmuje:

- ✓ Uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku;
- ✓ Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku lub śmierć rodzica Ubezpieczonego dziecka;

Zakres ubezpieczenia można rozszerzyć o umowy dodatkowe

- ✓ Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku;
- ✓ Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa;
- ✓ Pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku;
- ✓ Organizację i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/ hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku;
- ✓ Organizację i pokrycie kosztów korepetycji lub organizację i pokrycie kosztów opiekuna dla Ubezpieczonego Dziecka;
- ✓ Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Wypadku;
- ✓ Świadczenia assistance po Wypadku – pomoc w powrocie do zdrowia;
- ✓ Organizację i pokrycie kosztów operacji ortopedycznych i plastycznych związanych z Wypadkiem;
- ✓ Świadczenia assistance w przypadku ukąszenia kleszcza;
- ✓ Poważne zachorowanie;
- ✓ Świadczenia assistance – pomoc w chorobie.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ Wypadków, które powstały wskutek umyślnego samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa, samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności;
- ✗ Wypadków, które powstały w wyniku popełnienia przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczone dziecko przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
- ✗ Wypadków powstałych podczas wykonywania zadań kaskaderskich, wyczynowego lub zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych, o ile nie umówiono się inaczej;
- ✗ Wypadków powstałych w wyniku działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
- ✗ wypadków powstałych podczas amatorskiego uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
- ✗ Konsekwencji wypadków w postaci pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic;



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! Wypadki będące wynikiem działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pozostawiania pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,
- ! Śmierć Ubezpieczonego lub rodzica Ubezpieczonego Dziecka jeżeli wystąpiła powyżej 12 miesięcy od daty Wypadku;
- ! Pobyt w szpitalu w wyniku Wypadku jeżeli trwał krócej niż 24 godziny;
- ! Organizacja i pokrycie kosztów korepetycji lub organizacja i pokrycie kosztów opiekuna dla Ubezpieczonego Dziecka w przypadku zwolnienia lekarskiego krótszego niż 10 dni roboczych;
- ! organizacja opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji wymaga hospitalizacji przez co najmniej 6 dni.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe na terytorium całego świata, z zastrzeżeniem, że świadczenia assistance i organizacja i pokrycia kosztów przysługujące Ubezpieczonemu lub Ubezpieczonemu Dziecku realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.



Co należy do obowiązków Ubezpiezonego i Ubezpieczającego?

Przed zawarciem umowy:

Obowiązek dotyczy Ubezpieczającego:

- przekazać Ubezpieczycielowi wszystkich znanych okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w trakcie zawierania umowy,
- opłacić składkę za okres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej,
- poinformować Ubezpiezonego o treści Umowy ubezpieczenia i przekazać mu tekst Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Strefa NNW wraz z załącznikami

W czasie trwania umowy:

Obowiązek dotyczy Ubezpiezonego i Ubezpieczającego:

- zgłaszać wszelkie zmiany okoliczności, o których mowa powyżej, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
- przestrzegać powszechnie obowiązujących przepisów oraz wykonywanie zobowiązań wymienionych w umowie ubezpieczenia.

W związku z wystąpieniem szkody:

Obowiązek dotyczy Ubezpiezonego

- niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także użycie środków w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich,
- zgłosić szkodę w Allianz,
- udostępnić dokumentację dotyczącą zgłaszanego zdarzenia;
- na wniosek Allianz przekazać dane placówki medycznej oraz lekarza prowadzącego leczenie, pod opieką którego pozostawał Ubezpieczony przed wystąpieniem poważnego zachorowania



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Jednorazowo przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, w kwocie określonej w polisie, w złotych polskich.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty podanej w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki, a kończy się z upływem 1 roku.



Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia Umowy.

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie, ale przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.

W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron umowy może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

STREFA NNW

SPIS TREŚCI

§ 1. Postanowienia ogólne	5
§ 2. Definicje	5
§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	6
§ 4. Zawarcie Umowy ubezpieczenia	6
§ 5. Ochrona ubezpieczeniowa	7
§ 6. Składka	7
§ 7. Podstawowe obowiązki stron Umowy ubezpieczenia	7
§ 8. Ogólne wyłączenia odpowiedzialności	7
§ 9. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia	8
§ 10. Uposażony	8
§ 11. Rodzaje świadczeń	9
§ 12. Wypłata świadczenia	13
§ 13. Realizacja świadczeń assistance	15
§ 14. Reklamacje	16
§ 15. Ochrona danych osobowych	17
§ 16. Postanowienia końcowe	17
Tabela norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku	18
Wykaz procedur medycznych	20
Katalog Poważnych zachorowań	22

INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW STREFA NNW

Informacja, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Informacja do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Strefa NNW	
RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 § 3 § 5 §11 §12 §13 Załącznik nr 1 do OWU Tabela norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu Załącznik nr 2 do OWU Wykaz procedur medycznych Załącznik nr 3 do OWU Katalog Poważnych zachorowań
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 § 8 §11 §12 §13 Załącznik nr 1 do OWU Tabela norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu Załącznik nr 3 do OWU Katalog Poważnych zachorowań

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Strefa NNW (dalej: OWU), Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (dalej: Allianz), zawiera Umowę ubezpieczenia z osobami fizycznymi (dalej: Ubezpieczający).

§ 2. DEFINICJE

1. Centrum operacyjne – AWP P&C S.A., Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, podmiot zajmujący się w imieniu Allianz udzielaniem świadczeń i likwidacją szkód, którego numer telefonu i adres e-mail wskazany jest w Polisie.
2. Choroba psychiczna – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania (F00-F99).
3. Czasowa niezdolność do pracy – okresowa niezdolność do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego, orzeczona przez Lekarza prowadzącego leczenie i potwierdzona wydanym zaświadczeniem lekarskim.
4. Działanie pod wpływem alkoholu – działanie, w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.
5. Działanie siły wyższej – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i niemożliwe do zapobieżenia przy dotożeniu należytej staranności.
6. Dzień roboczy – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
7. Katastrofa naturalna – zdarzenie związane z działaniem sił natury, powodujące drastyczne zmiany środowiska i wywołane przez czynniki naturalne: wstrząsy sejsmiczne, wybuchy wulkanów, pożary, susze, powodzie, huragany, fale tsunami, zjawiska lodowe na rzekach, morzach, jeziorach i innych zbiornikach wodnych, długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur, osuwiska ziemi, masowe występowanie szkodników, chorób roślin i zwierząt.
8. Lekarz Allianz – lekarz konsultant Allianz.
9. Lekarz prowadzący leczenie – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym lub Ubezpieczonym Dzieckiem po Wypadku lub w związku z Poważnym zachorowaniem, niebędący Lekarzem Allianz.
10. Lekarz uprawniony – lekarz wskazany przez Allianz i upoważniony do występowania do Placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, do weryfikacji stanu zdrowia Ubezpieczonego na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania badań lekarskich, przygotowywania opinii lekarskich oraz ekspertyz lekarskich.
11. Miejsce zamieszkania – adres posesji, budynku lub lokalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany, jako miejsce stałego zamieszkania Ubezpieczonego, podczas zgłoszenia Wypadku.
12. Okres karencji – wyłączenie odpowiedzialności Allianz z tytułu Poważnego zachorowania i Świadczeń assistance – pomoc w chorobie w okresie 30 dni od daty rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia.
13. Okres ubezpieczenia – ustalony w Umowie ubezpieczenia i wskazany w Polisie czas trwania ochrony ubezpieczeniowej Allianz.
14. Operacja ortopedyczna – zabieg operacyjny przeprowadzony w warunkach bloku operacyjnego mający na celu leczenie uszkodzeń i złamań kości Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka po Wypadku.
15. Operacja plastyczna – zabieg operacyjny przeprowadzony w warunkach bloku operacyjnego mający na celu usunięcie oszpeceń lub nieprawidłowości w budowie ciała Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka po Wypadku.
16. Placówka medyczna – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
17. Pobyt w Szpitalu – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Wypadku objętego ochroną trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień kalendarzowy bez względu na to ile w danym dniu trwał pobyt.
18. Polisa – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia wystawiany przez Allianz.
19. Poważne zachorowanie – za Poważne zachorowanie Allianz uznaje: Łagodny guz mózgu, Łagodny guz rdzenia, Nowotwór, Paraliż, Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu, Zapalenie mózgu, Całkowita utrata wzroku, Całkowita utrata słuchu, Całkowita utrata mowy, Dystrofia mięśniowa, Cukrzyca typu I insulinozależna, Niewydolność nerek, Oparzenia skóry, Przeszczep, Schyłkowa niewydolność wątroby, Śpiączka.
20. Praca fizyczna – wykonywane przez Ubezpieczonego:
 - 1) działania i czynności w formie zatrudnienia lub zarobkowania, a także działania niewynikające ze stosunku pracy i działania niezarobkowe: wolontariat, praktyki zawodowe w warsztacie lub fabryce zwiększające ryzyko powstania szkody. Przez wykonywanie pracy fizycznej rozumie się także działania w formie zatrudnienia lub zarobkowania z użyciem farb, lakierów, paliw płynnych i rozpuszczalników, gazów technicznych i spalinowych, gorących olejów technicznych lub płynów technicznych;
 - 2) prace fizyczne w transporcie, a także wykonywanie prac w transporcie, przy jednoczesnym wykonywaniu czynności związanych z rozładunkiem, przeladunkiem lub załadunkiem towarów;
 - 3) prace fizyczne w pralni, maglu, myjni samochodowej, zakładzie pogrzebowym, pogotowiu ratunkowym, Policji, straży miejskiej i pożarnej, wojsku (z zastrzeżeniem, iż zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń związanych z wykonywaniem działań pod kontrolą służb mundurowych), przy ochronie lub dozorze (niezależnie od tego, czy osoba wykonująca pracę jest wyposażona w broń, czy nie);
 - 4) wykonywanie czynności, prac i zawodów wymienionych w pkt 1), 2) i 3) kwalifikuje się do wykonywania pracy fizycznej, o ile jednocześnie nie są wykonywane czynności, prace i zawody wymienione w ust. 19.
21. Praca fizyczna wysokiego ryzyka – wykonywanie przez Ubezpieczonego:
 - 1) prac fizycznych w: budownictwie, gazownictwie, energetyce, hutnictwie, górnictwie, przemyśle ciężkim, tartakach (również przez przedsiębiorców wykonujących osobiście taką działalność),
 - 2) czynności z użyciem następujących niebezpiecznych narzędzi: wiertarki udarowe, piły mechaniczne, młoty pneumatyczne, pilarki lub szlifierki mechaniczne, obrabiarki, dźwigi i maszyny robocze, maszyny drogowe;
 - 3) pracy fizycznej na wysokości (oznacza pracę wykonywaną na powierzchni znajdującej się co najmniej 3 m nad poziomem podłogi lub ziemi) oraz na jednostkach pływających.
22. Przyczyna zewnętrzna – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłączeniem czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała Ubezpieczonego, polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia w postaci upadków;
 - b) energii termicznej lub elektrycznej – 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 i przeżycia Ubezpieczonego nie są Przyczyną zewnętrzną według niniejszych OWU.
23. Rana cięta i szarpana – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, powstałe wskutek przecięcia skóry lub skóry i położonych głębiej tkanek z wyjątkiem kości; za ranę ciętą w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się ran ciętych będących skutkiem zamierzonego działania leczniczego.
24. Rana miażdżona – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, charakteryzujące się zmiężdżeniem brzegów rany, utworzeniem głębokiego krwiaka, również z rozległym uszkodzeniem podłoża kostnego.
25. Regulamin – właściwe regulaminy świadczenia usług drogą elektroniczną.
26. Rodzic Ubezpieczonego Dziecka – matka lub ojciec Ubezpieczonego Dziecka w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Za rodzica, o ile nie żyje matka i ojciec, uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego opiekunem prawnym Ubezpieczonego Dziecka.
27. Sporty wysokiego ryzyka – sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, szybownictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, heliskiing, heliboarding, uczestniczenia w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (pustynia, góry powyżej 4000 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego), downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach lub desce snowboardowej, jazda poza wyznaczonymi trasami, jazdy ekstremalne, kajakerstwo górskie, rafting.

28. Sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający samodzielne funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerki rehabilitacyjne, wałki, półwałki, kliny, kostki do rehabilitacji, dyski korekcyjne (w tym sensomotoryczne), ciężarki do rehabilitacji, maty rehabilitacyjne, lekki gips, poduszki ortopedyczne (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaski żebrowe, pasy stabilizujące, mostki, pasy przepuklinowe.
29. Suma ubezpieczenia – określona w Umowie ubezpieczenia i wskazana w Polisie wartość będąca podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia, wypłacanego w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w Umowie ubezpieczenia.
30. Szpital – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych OWU nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
31. Ubezpieczający – osoba fizyczna, która zawiera z Allianz Umowę ubezpieczenia i która zobowiązuje się opłacić składkę ubezpieczeniową.
32. Ubezpieczone Dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczającego, którego zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia, które w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 16. roku życia. Dzieckiem jest również osoba, która ukończyła 16. rok życia i nie ukończyła 20. roku życia pod warunkiem, że się uczy, nie pracuje i nie studiuje.
33. Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia, która w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.
34. Umowa ubezpieczenia – umowa zawierana pomiędzy Ubezpieczającym a Allianz na podstawie niniejszych OWU.
35. Uposażony – osoba wskazana imiennie przez Ubezpieczonego jako upoważniona do odbioru należnego świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku.
36. Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczone Dziecko, które powodują upośledzenie czynności organizmu Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, będące wynikiem Wypadku.
37. Wstrząśnienie mózgu – odwracalne zaburzenie czynności pnia mózgu wskutek urazu, bez uchwytnych zmian anatomicznych, cechujące się krótkotrwałą utratą świadomości i niepamięcią wsteczną, rozpoznane przez lekarza pogotowia lub izby przyjęć, którego wystąpienie potwierdzone jest w dokumentacji medycznej.
38. Wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego;
 - b) jest wywołane Przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia;
 - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku adekwatnym z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
39. Zawodowe uprawianie sportu – uprawianie dyscyplin sportowych przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczone Dziecko na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy zespołowo.
40. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Allianz zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU w zależności od zakresu ochrony ubezpieczeniowej wskazanego w Polisie.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest życie i zdrowie Ubezpieczonego lub zdrowie Ubezpieczonego Dziecka.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - 1) Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku;
 - 2) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku lub Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku.
3. Zakres ubezpieczenia za dodatkową składkę może zostać rozszerzony o:
 - 1) Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku;
 - 2) Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa;
 - 3) Pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku;
 - 4) Organizację i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku;
 - 5) Organizację i pokrycie kosztów korepetycji lub organizację i pokrycie kosztów opiekuńczej opieki dla Ubezpieczonego Dziecka;
 - 6) Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Wypadku;
 - 7) Świadczenia assistance po Wypadku – pomoc w powrocie do zdrowia;
 - 8) Organizację i pokrycie kosztów operacji ortopedycznych i plastycznych związanych z Wypadkiem;
 - 9) Świadczenia assistance w przypadku ukąszenia kleszcza;
 - 10) Poważne zachorowanie;
 - 11) Świadczenia assistance – pomoc w chorobie.
4. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawieranej za pośrednictwem agenta Allianz na rachunek Ubezpieczonego, na wniosek Ubezpieczającego i pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki ubezpieczeniowej, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o ryzyko wystąpienia Wypadku:
 - 1) podczas wykonywania Pracy fizycznej,
 - 2) podczas wykonywania Pracy fizycznej wysokiego ryzyka,
 - 3) podczas Działania pod wpływem alkoholu.
5. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawieranej przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość na rachunek Ubezpieczonego, na wniosek Ubezpieczającego i pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki ubezpieczeniowej, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o ryzyko wystąpienia Wypadku:
 - 1) podczas wykonywania Pracy fizycznej,
 - 2) podczas wykonywania Pracy fizycznej wysokiego ryzyka.
6. Ochroną ubezpieczeniową objęte są Zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe na terytorium całego świata, z zastrzeżeniem, że świadczenia assistance i organizacji i pokrycia kosztów przysługujące Ubezpieczonemu lub Ubezpieczonemu Dziecku na podstawie niniejszych OWU są realizowane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej jest potwierdzony przez Allianz w Polisie.

§ 4. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas oznaczony jednego roku.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta:
 - 1) za pośrednictwem agenta Allianz lub
 - 2) przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta jako:
 - 1) Umowa ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego, lub
 - 2) Umowa ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego Dziecka. W takim przypadku Ubezpieczającym może być jedynie Rodzic Ubezpieczonego Dziecka.
4. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na rachunek więcej niż jednego Ubezpieczonego Dziecka, Okres ubezpieczenia, Suma ubezpieczenia oraz limity świadczeń są jednakowe dla wszystkich Ubezpieczonych Dzieci i odnoszą się do każdego Ubezpieczonego Dziecka oddzielnie.
5. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie informacji przekazanych Allianz przez Ubezpieczającego, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka i określenia należnej składki ubezpieczeniowej.

6. W przypadku zawierania Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje po uprzednim:
 - 1) zapoznaniu się z Regulaminem oraz jego zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego;
 - 2) potwierdzeniu przez Ubezpieczającego doręczenia mu OWU przed zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz zaakceptowaniu ich treści.
7. Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko może w tym samym czasie zostać objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie tych samych OWU.
8. Jeżeli Umowa ubezpieczenia zawierana jest na cudzy rachunek, Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Ubezpieczonemu, otrzymane od Allianz OWU przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

§ 5. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Odpowiedzialność Allianz rozpoczyna się od daty podanej w Polisie, nie wcześniej niż od dnia następnego po optaceni składki ubezpieczeniowej, a kończy się z upływem Okresu ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) W stosunku do wszystkich Ubezpieczonych lub Ubezpieczonych Dzieci:
 - a) W dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia na podstawie § 9;
 - 2) W stosunku do danego Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka:
 - a) z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia – w dniu śmierci Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka;
 - b) z tytułu Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku – w dniu, w którym suma świadczeń wypłaconych z tytułu uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka łącznie odpowiada 100% uszczerbku na zdrowiu;
 - c) z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku – w dniu, w którym suma świadczeń wypłaconych z tytułu Pobytu w Szpitalu w Wyniku Wypadku łącznie odpowiada 180 dniom Pobytu w Szpitalu;
 - d) z tytułu Śmierci Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku – w dniu wypłaty świadczenia z tytułu śmierci pierwszego Rodzica Ubezpieczonego Dziecka.
 - e) z tytułu Świadczeń assistance w przypadku ukąszenia kleszcza – w dniu skorzystania ze świadczeń assistance w związku z pierwszym zgłoszonym do Centrum operacyjnego ukąszeniem Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka przez kleszcza.

§ 6. SKŁADKA

1. Składkę ubezpieczeniową ustala się za czas trwania ochrony ubezpieczeniowej Allianz z uwzględnieniem taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie ryzyka ubezpieczeniowego z uwzględnieniem:
 - 1) zakresu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) Sumy ubezpieczenia i limitów odpowiedzialności;
 - 3) wieku Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka;
 - 4) liczby Ubezpieczonych Dzieci.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest dokonać zapłaty składek ubezpieczeniowej jednorazowo jednocześnie z zawarciem Umowy ubezpieczenia.
3. Składkę uważa się za nieoptaconą, jeżeli wysokość składki ubezpieczeniowej przekazanej na rachunek Allianz jest niższa niż określona w Umowie ubezpieczenia. W takim przypadku Umowę ubezpieczenia uważa się za niezawartą, a ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
4. W razie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki w pełnej wysokości.
5. Jeżeli zapłata składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się datę stempla pocztowego, a w przypadku przelewu datę obciążenia rachunku bankowego Ubezpieczającego

§ 7. PODSTAWOWE OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz zapytywał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera

Umowę ubezpieczenia przez agenta Allianz, obowiązek ten ciąży również na agencie Allianz i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Jeżeli Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego, Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego o treści zawartej Umowy ubezpieczenia i przekazać mu tekst niniejszych OWU, Tabeli norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu Allianz (Załącznik nr 1 do OWU), Wykaz procedur medycznych (Załącznik nr 2 do OWU), Katalog Poważnych zachorowań (Załącznik nr 3 do OWU), a także wyraźnie poinformować o obowiązkach, o których mowa w ust. 1 i 3 niniejszego paragrafu, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. W czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani zgłaszać do Allianz w formie pisemnej lub za pomocą wiadomości e-mail na adres wskazany w Dokumencie ubezpieczenia zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 1, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
4. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i 3 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba, że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
5. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1–3 nie zostały podane do jego wiadomości.
6. W razie zajścia Wypadku ubezpieczeniowego, Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani użyć dostępnych środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
7. Allianz może wystąpić do Ubezpieczonego, Ubezpieczonego Dziecka lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka o wyrażenie pisemnej zgody na wystąpienie Allianz do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub Ubezpieczonemu Dziecku, w szczególności do lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym lub Ubezpieczonym Dzieckiem sprawowali lub nadal sprawują opiekę nad Wypadku lub Poważnym zachorowaniem, w celu weryfikacji informacji o stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) oraz ustaleniu praw do świadczenia z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.
8. Ubezpieczony, Ubezpieczone Dziecko lub Rodzic Ubezpieczonego Dziecka zobowiązany jest przekazać Allianz dane Placówki medycznej oraz Lekarza prowadzącego leczenie, pod opieką którego pozostawał Ubezpieczony przed wystąpieniem Poważnego zachorowania.

§ 8. OGÓLNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialnością Allianz nie są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce przed Okresem ubezpieczenia lub przed okresem odpowiedzialności Allianz a także następstwa tych zdarzeń.
2. Odpowiedzialnością Allianz nie są objęte koszty powstałe z tytułu lub w następstwie opóźnienia lub braku świadczenia Allianz wskutek Działania siły wyższej.
3. Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie jest przedmiotem świadczenia Allianz ani nie wpływa na jego wysokość.
4. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, stawiane diagnozy, nieskierowanie na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje Lekarz prowadzący leczenie.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje konsekwencji Wypadków w postaci pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic.
6. Zakres odpowiedzialności Allianz nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych lub powstałych:
 - 1) umyślnie przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczone Dziecko; samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa, samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności
 - 2) w wyniku popełnienia przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczone Dziecko przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 3) w wyniku działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 4) w wyniku leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 5) w wyniku zabiegów lub leczenia nieznanego w sposób naukowy i medyczny przez Światową Organizację Zdrowia (WHO);
 - 6) w wyniku zdiagnozowanych wad wrodzonych;

- 7) w wyniku zarażenia HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - 8) w wyniku Katastrof naturalnych;
 - 9) w wyniku użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 10) w wyniku zażycia leków niezaordynowanych przez lekarza, działania leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji;
 - 11) w wyniku Chorób psychicznych;
 - 12) w wyniku leczenia lub poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub położeniem.
7. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Wypadków powstałych z powodu lub w następstwie:
- 1) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego, Ubezpieczonego Dziecka lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach;
 - 2) zdarzeń będących następstwem wszelkich stanów chorobowych Ubezpieczonego, Ubezpieczonego Dziecka lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka, w tym następstw Chorób psychicznych;
 - 3) wszelkich chorób psychosomatycznych Ubezpieczonego, Ubezpieczonego Dziecka lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka;
 - 4) zawału serca lub udaru mózgu;
 - 5) bezpośredniego działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, chyba że odpowiedzialność Allianz została rozszerzona w tym zakresie za opłatą dodatkowej składki; rozszerzenie ochrony nie dotyczy wypadków spowodowanych przez Ubezpieczonego kierującego pojazdem pod wpływem alkoholu;
 - 6) bezpośredniego działania Ubezpieczonego Dziecka lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka pod wpływem alkoholu;
 - 7) bezpośredniego działania Ubezpieczonego, Ubezpieczonego Dziecka lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka po użyciu narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 8) prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego, Ubezpieczone Dziecko lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia;
 - 9) poddania się przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczone Dziecko leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z Wypadkiem;
 - 10) wszelkich wydarzeń powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym i międzynarodowym oraz aktami terroru; odpowiedzialność Allianz zostaje rozszerzona o zdarzenia powstałe w wyniku nagłych działań wojennych oraz aktów terroru o ile miały miejsce w kraju, co do którego Ministerstwo Spraw Zagranicznych nie opublikowało ostrzeżenia dla podróżujących o zagrożeniu atakiem terrorystycznym lub działaniami wojennymi na stronie internetowej www.ms.gov.pl na co najmniej 7 dni przed Wypadkiem;
 - 11) umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego, Ubezpieczone Dziecko lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka czynu wypełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 12) energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i oddziaływania pola magnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii, zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 13) wypadku lotniczego; nie dotyczy to sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Rodzic Ubezpieczonego Dziecka był pilotem lub pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 14) uczestniczenia Ubezpieczonego, Ubezpieczonego Dziecka lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 15) wykonywania przez Ubezpieczonego, Ubezpieczone Dziecko lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka zadań kaskaderskich;
 - 16) Zawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, Ubezpieczone Dziecko lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka;
 - 17) uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego, Ubezpieczone Dziecko lub Rodzica Ubezpieczonego Dziecka;
 - 18) zabiegów lub leczenia Ubezpieczonego nieznanego w sposób naukowy i medyczny przez Światową Organizację Zdrowia WHO;
 - 19) Katastrof naturalnych;
 - 20) podczas wykonywania Pracy fizycznej, chyba że odpowiedzialność Allianz została rozszerzona w tym zakresie za opłatą dodatkowej składki;
 - 21) podczas wykonywania Pracy fizycznej wysokiego ryzyka, chyba że odpowiedzialność Allianz została rozszerzona w tym zakresie za opłatą dodatkowej składki;
 - 22) działań wykonywanych pod kontrolą służb mundurowych za wyjątkiem sytuacji, w których służby mundurowe kierują ewakuacją ludności;
 - 23) epidemii oraz skażeń ogłoszanych przez służby administracyjne kraju zajścia wypadku.

§ 9. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia, Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie, ale przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia. Za datę odstąpienia od Umowy ubezpieczenia uważa się datę otrzymania przez Allianz pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, w której Ubezpieczający jest konsumentem termin, w którym Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia Ubezpieczającemu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów o ochronie konsumentów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia zostało wysłane do Allianz. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 10. UPOSAŻONY

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego określa się procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub wskazania udziałów, których suma nie stanowi 100% świadczenia, Towarzystwo przyjmuje, że udziały są równe.
3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała śmierć Ubezpieczonego lub się do niej przyczyniła.
4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowienia ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadającym im procentowych udziałów w tym świadczeniu. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione osoby w następującej kolejności:
 - 1) współmałżonek;
 - 2) dzieci w równych częściach (wobec braku współmałżonka);
 - 3) rodzice w równych częściach (wobec braku dzieci i współmałżonka);
 - 4) rodzeństwo w równych częściach (wobec braku rodziców, dzieci i współmałżonka);
 - 5) dalszym spadkobiercom ustawowym w równych częściach (wobec braku osób wymienionych powyżej).

§ 11. RODZAJE ŚWIADCZEŃ

1. Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku.
 - 1) Jeżeli w wyniku Wypadku objętego odpowiedzialnością Allianz Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko dozna Uszczerbku na zdrowiu, Allianz wypłaci świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w wysokości zgodnej z Tabelą norm oceny stopnia uszczerbku na zdrowiu.
 - 2) Allianz wypłaca świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku po stwierdzeniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zaistniałym Wypadkiem a Uszczerbkiem na zdrowiu.
 - 3) Za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu przysługuje świadczenie 1% Sumy ubezpieczenia.
 - 4) Jeżeli w wyniku Wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie Uszczerbku na zdrowiu sumują się, maksymalnie jednak do wartości 100%.
 - 5) Procent Uszczerbku na zdrowiu ustalany jest w oparciu o dokumentację medyczną Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka lub pozyskaną przez Allianz.
 - 6) Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie wysokości Uszczerbku na zdrowiu, Allianz zastrzega sobie możliwość skierowania Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka na badanie lekarskie przeprowadzone przez lekarza wskazanego przez Allianz.
 - 7) Przy ustalaniu stopnia Uszczerbku na zdrowiu Allianz nie bierze pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczone Dziecko.
2. Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku
 - 1) W razie śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku objętego odpowiedzialnością Allianz wypłacane jest Uposażonemu świadczenie w wysokości określonej w Polisie o ile śmierć Ubezpieczonego wystąpiła nie później niż w ciągu 12 miesięcy od daty Wypadku i po stwierdzeniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
3. Śmierć Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku
 - 1) Świadczenie z tytułu Śmierci Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku wypłacane jest na rzecz Ubezpieczonego Dziecka w wysokości określonej w Polisie o ile śmierć Rodzica wystąpiła nie później niż w ciągu 12 miesięcy od daty Wypadku i po stwierdzeniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Wypadkiem a śmiercią Rodzica.
4. Wstrząśnienie mózgu w wyniku Wypadku
 - 1) Świadczenie z tytułu Wstrząśnienia mózgu w wyniku Wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu lub na rzecz Ubezpieczonego Dziecka w wysokości określonej w Polisie, jeżeli w wyniku Wypadku Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko doznali Wstrząśnienia mózgu potwierdzonego w ich dokumentacji medycznej.
5. Pogryzienie Ubezpieczonego Dziecka przez psa
 - 1) Świadczenie z tytułu Pogryzienia Ubezpieczonego Dziecka przez psa wypłacane jest na rzecz Ubezpieczonego Dziecka w wysokości określonej w Polisie w przypadku powstania u Ubezpieczonego Dziecka ran kłasnanych, skutkujących opracowaniem chirurgicznym rany z założeniem szwów w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego Dziecka. Za opracowanie chirurgiczne uważa się również założenie pasków do zamykania ran.
6. Pobyt w Szpitalu w wyniku wypadku
 - 1) W razie wystąpienia Wypadku objętego odpowiedzialnością Allianz, w wyniku którego Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko przebywali w Szpitalu nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny, Allianz wypłaca Ubezpieczonemu lub na rzecz Ubezpieczonego Dziecka świadczenie za każdy dzień pobytu w Szpitalu w kwocie określonej w Polisie.
 - 2) Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku wypadku wypłacane jest na podstawie wystawionej przez Szpital karty informacyjnej potwierdzającej hospitalizację Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka po stwierdzeniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy Wypadkiem a pobytem w Szpitalu.
 - 3) Dni objęte przepustką w trakcie pobytu w Szpitalu nie są wliczane w okres hospitalizacji na potrzeby ustalenia wysokości świadczenia.
 - 4) Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku wypłacane jest maksymalnie za 180 dni w całym Okresie ochrony.
7. Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku
 - 1) Jeżeli w wyniku Wypadku objętego odpowiedzialnością Allianz Ubezpieczone Dziecko przebywa w Szpitalu co najmniej 24 godziny, Allianz zapewnia organizację i pokrywa koszty zakwaterowania Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu lub hotelu przyszpitalnym do kwoty wskazanej na Polisie.
 - 2) Świadczenie z tytułu Organizacji i pokrycia kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w szpitalu w wyniku Wypadku przysługuje w okresie pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu, maksymalnie za 14 dni za jeden Wypadek.
8. Organizacja i pokrycie kosztów korepetycji lub organizacja i pokrycie kosztów opiekuna dla Ubezpieczonego Dziecka
 - 1) Jeżeli w wyniku Wypadku objętego odpowiedzialnością Allianz Lekarz prowadzący leczenie zalecił Ubezpieczonemu Dziecku pozostawanie w domu przez okres co najmniej 10 dni roboczych, Allianz zapewnia organizację i pokrywa koszty:
 - a) korepetycji dla Ubezpieczonego Dziecka lub
 - b) opieki w Miejscu zamieszkania dla Ubezpieczonego Dziecka, łącznie do kwoty wskazanej w Polisie.
 - 2) Allianz zapewnia organizację i pokrywa koszty korepetycji lub opieki w Miejscu zamieszkania dla Ubezpieczonego Dziecka w okresie do 90 dni od daty wystąpienia Wypadku.
9. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku
 - 1) Jeżeli w wyniku Wypadku objętego odpowiedzialnością Allianz Lekarz prowadzący leczenie wystawił Ubezpieczonemu zwolnienie lekarskie na nieprzerwany okres co najmniej 30 dni kalendarzowych, Allianz wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie na pokrycie kosztów rachunków za usługi i media do wysokości limitu określonego w Polisie.
 - 2) Allianz wypłaca świadczenie w kwocie odpowiadającej sumie rachunków za usługi i media (czynsz, energię elektryczną, gaz, wodę, odprowadzanie ścieków, wywóz śmieci, telefon, telewizję kablową, telewizję cyfrową, abonament radiowo-telewizyjny, abonament internetowy), wystawionych na adres Miejsca zamieszkania podany przez Ubezpieczonego podczas zgłoszenia Wypadku, do wysokości kwoty wskazanej w Polisie.
 - 3) Wypłata świadczenia, o którym mowa w ust. 2, przysługuje Ubezpieczonemu za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 1. a 30. dniem Czasowej niezdolności do pracy (z zastrzeżeniem postanowień przedstawionych w § 11 ust. 9 pkt 4) niniejszego paragrafu.
 - 4) W razie Czasowej niezdolności do pracy trwającej nieprzerwanie przez okres:
 - co najmniej 60 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 31. a 60. dniem Czasowej Niezdolności do pracy,
 - co najmniej 90 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 61. a 90. dniem Czasowej Niezdolności do pracy;
 - co najmniej 120 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 91. a 120. dniem Czasowej Niezdolności do pracy;
 - co najmniej 150 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 121. a 150. dniem Czasowej Niezdolności do pracy;
 - co najmniej 180 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 151. a 180. dniem Czasowej Niezdolności do pracy;
 - 5) Ubezpieczonemu przysługuje łącznie wypłata do 6 (sześciu) świadczeń na każdy Wypadek.
10. Świadczenia assistance po Wypadku – pomoc w powrocie do zdrowia
 - 1) W razie wystąpienia Wypadku objętego odpowiedzialnością Allianz zapewnia organizację i pokrywa koszty świadczeń medycznych i świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka do wysokości limitu określonego w Polisie.
 - 2) Ponadto Allianz zapewnia Ubezpieczonemu lub Ubezpieczonemu Dziecku w Okresie ubezpieczenia świadczenia informacyjne w ramach telefonicznej informacji medycznej.
 - 3) Świadczenia, o których mowa w § 11 ust. 10 pkt 1) są realizowane na podstawie pisemnego skierowania Lekarza prowadzącego leczenie i po konsultacji z Lekarzem Allianz.

4) Zakres świadczeń przedstawia poniższa tabela:

Świadczenia medyczne		limity
1.	konsultacja chirurga	do wyboru – maksymalnie 3 świadczenia na jeden Wypadek
2.	konsultacja okulisty	
3.	konsultacja otolaryngologa	
4.	konsultacja ortopedy	
5.	konsultacja kardiologa	
6.	konsultacja neurologa	
7.	konsultacja pulmonologa	
8.	konsultacja lekarza rehabilitacji	
9.	konsultacja neurochirurga	
10.	badania ambulatoryjne	
11.	badania radiologiczne*	
12.	ultrasonografia*	
Badania specjalistyczne		
13.	Tomografia komputerowa*	do wyboru – maksymalnie 1 świadczenie na jeden Wypadek
14.	Rezonans magnetyczny*	
Rehabilitacja		
15.	Rehabilitacja*: • wizyty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego albo • wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej (wraz z kosztami transportu i zabiegów rehabilitacyjnych)	do wyboru – maksymalnie 10 świadczeń na jeden Wypadek
Telefoniczna informacja medyczna w zakresie		
<ul style="list-style-type: none"> • danych teled adresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia prowadzących leczenie po Wypadku • leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami; • danych teled adresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne po Wypadku; • danych teled adresowych placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny; • sposobów, w jaki należy się przygotowywać do operacji, zabiegów lub badań medycznych; • diet, zdrowego żywienia; • danych teled adresowych domów pomocy społecznej, hospicjów; • danych teled adresowych aptek czynnych przez całą dobę. 		bez limitu
Świadczenia opiekuńcze		
<p>transport medyczny – na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • do Placówki medycznej – z Miejsca zamieszkania, • pomiędzy Placówkami medycznymi – w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, • z Placówki medycznej – do Miejsca zamieszkania; 		świadczenia do wielokrotnego wykorzystania maksymalnie do limitu kwotowego wskazanego w Polisie.
dostarczenie leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie i w sytuacji, gdy zgodnie z jego pisemnym zaleceniem Ubezpieczony (z uwagi na rodzaj obrażeń jakich doznał) nie może opuścić Miejsca zamieszkania. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Allianz recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz pokrycie przez Ubezpieczonego kosztów zakupu tych leków;		
wizyta pielęgniarki w Miejscu zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia opieki pielęgniarskiej od Lekarza prowadzącego leczenie, obejmująca koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego leczenie. Dodatkowe koszty sprawowania opieki pielęgniarskiej (zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony;		
wypożyczenie albo zakup oraz transport Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia używania Sprzętu rehabilitacyjnego od Lekarza prowadzącego;		
wizyta lekarza internisty lub lekarza rodzinnego w Placówce medycznej lub w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, wraz z kosztami dojazdu lekarza internisty/rodzinnego oraz kosztami jego honorarium;		
*zabiegi i badania realizowane w zakresie procedur medycznych wymienionych w Załączniku nr 2 do OWU		

- 5) Allianz zapewnia organizację i pokrywa koszty świadczeń medycznych i świadczeń opiekuńczych do wysokości limitów kwotowych i ilościowych wskazanych w Polisie, które stanowią górną granicę odpowiedzialności Allianz z tytułu Wypadku.
- 6) Świadczenia medyczne są realizowane z uwzględnieniem maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, spośród dostępnych 15 (piętnastu) świadczeń medycznych.
- 7) Realizacja któregośkolwiek ze świadczeń medycznych pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń medycznych do wykorzystania.
- 8) W ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego rodzaju świadczeń medycznych, z wyłączeniem poniższych świadczeń medycznych:
- a) tomografia komputerowa;
 - b) rezonans magnetyczny;
 - c) rehabilitacja
- dla których w ust. § 11 ust. 10 pkt 4) ustalono odrębne limity.
- 9) Świadczenie – badania laboratoryjne – traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza prowadzącego leczenie.
- 10) Świadczenia opiekuńcze są realizowane do wysokości maksymalnego łącznego limitu kwotowego wskazanego w Polisie, z możliwością kilkakrotnego skorzystania z tego samego rodzaju świadczenia opiekuńczego, z wyłączeniem świadczenia wizyta lekarza internisty lub lekarza rodzinnego, które może być wykorzystane tylko 1 raz po każdym Wypadku.
11. Organizacja i pokrycie kosztów operacji ortopedycznych i plastycznych związanych z wypadkiem
- 1) Jeżeli w wyniku Wypadku objętego odpowiedzialnością Allianz Lekarz prowadzący leczenie zlecił Ubezpieczonemu lub Ubezpieczonemu Dziecku poddanie się zabiegowi operacyjnemu z zakresu chirurgii ortopedycznej lub zabiegowi operacyjnemu z zakresu chirurgii plastycznej (mającemu na celu usunięcie okaleczeń lub deformacji ciała powstałych wskutek Wypadku), Allianz zapewnia organizację i pokrywa koszty wyżej wymienionych zabiegów operacyjnych przeprowadzonych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, łącznie do kwoty wskazanej w Polisie.
 - 2) Allianz zapewnia organizację i pokrywa koszty operacji ortopedycznych i plastycznych związanych z wypadkiem Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, których konieczność przeprowadzenia została zgłoszona w okresie do 90 dni od daty wystąpienia Wypadku.
 - 3) Wskazana w Polisie kwota świadczenia dotyczy każdego Wypadku Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka który wystąpił w Okresie ochrony.
12. Świadczenia assistance w przypadku ukąszenia kleszcza
- 1) Jeżeli w Okresie ochrony Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko zostanie ukąszone przez kleszcza Allianz zapewnia organizację i pokrywa lub zwraca koszty do wysokości limitu określonego w Polisie następujących świadczeń:
 - a) wizyty lekarskiej w celu usunięcia kleszcza zagnieżdżonego w ciele Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka;
 - b) transportu kleszcza w celu wykonania badania i badania kleszcza pod kątem nosicielstwa patogenów *borrelia burgdorferi* lub *babesia divergens*;
 - c) koszty antybiotykoterapii – jeżeli w wyniku badania okaże się, że kleszcz jest nosicielem patogenów *borrelia burgdorferi* lub *babesia divergens* a Lekarz prowadzący leczenie zlecił Ubezpieczonemu lub Ubezpieczonemu Dziecku poddanie się leczenia antybiotykami, Allianz zwraca koszty antybiotyków na podstawie imiennych rachunków.
 - 2) Allianz zapewnia organizację i zwraca koszty świadczeń wymienionych w ust. 1, łącznie do kwoty wskazanej w Polisie jeden raz w Okresie ubezpieczenia.
13. Poważne zachorowanie
- 1) Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania wypłacane jest Ubezpieczonemu lub na rzecz Ubezpieczonego Dziecka, w wysokości określonej w Polisie, na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania.
 - 2) Odpowiedzialność Allianz z tytułu Poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie Okresu karencji liczonego od daty rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia.
 - 3) Za datę wystąpienia Poważnego zachorowania uznaje się dzień zdiagnozowania danej jednostki chorobowej lub dzień zdiagnozowania konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego określonego w punkcie § 11 ust. 13 pkt 3).
 - 4) Choroby zdiagnozowane lub wykazujące objawy udokumentowane medycznie przed rozpoczęciem Okresu ubezpieczenia lub w Okresie karencji są wyłączone z odpowiedzialności Allianz.
- 5) Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko zobowiązani są do przedstawienia kompletnej dokumentacji medycznej z procesem diagnostyki i leczenia Poważnego zachorowania.
- 6) W czasie trwania odpowiedzialności Allianz z tytułu Poważnego zachorowania może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Allianz z tytułu wystąpienia kolejnych Poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne Poważne zachorowania, zgodnie z wiedzą medyczną, nie wynikają bezpośrednio lub pośrednio z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego za które wypłacono świadczenie.
14. Świadczenia assistance – pomoc w chorobie
- 1) W razie wystąpienia Poważnego zachorowania objętego odpowiedzialnością Allianz zapewnia organizację i pokrywa koszty świadczeń medycznych i świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka do wysokości limitu określonego w Polisie.
 - 2) Ponadto Allianz zapewnia Ubezpieczonemu lub Ubezpieczonemu Dziecku w Okresie ubezpieczenia świadczenia informacyjne w ramach telefonicznej informacji medycznej.
 - 3) Świadczenia, o których mowa w ust. § 11 ust. 14 pkt 1) są realizowane na podstawie pisemnego skierowania Lekarza prowadzącego leczenie i po konsultacji z Lekarzem Allianz, z wyjątkiem świadczeń: dostarczenie posiłków i psycholog, które nie wymagają skierowania.
 - 4) Zakres odpowiedzialności przedstawia poniższa tabela (następna strona):

świadczenia medyczne		limity
1. konsultacja chirurga		świadczenia do wielokrotnego wykorzystania maksymalnie do limitu ilościowego wskazanego w Polisie.
2. konsultacja okulisty		
3. konsultacja otolaryngologa		
4. konsultacja ortopedy		
5. konsultacja ginekologa		
6. konsultacja urologa		
7. konsultacja pulmonologa		
8. konsultacja neurologa		
9. konsultacja onkologa		
10. konsultacja endokrynologa		
11. konsultacja hematologa		
12. konsultacja nefrologa		
13. konsultacja dermatologa		
14. diagnostyka laboratoryjna	mocz – badanie ogólne	
	OB.	
	morfologia	
	APTT	
	PT	
	fibrynogen	
	glukoza	
	elektrolity (sód i potas)	
	lipidogram	
	próby wątrobowe	
	amylaza	
	mocznik	
	TSH	
	kreatynina	
	kwas moczowy	
	proteinogram	
	ferrytyna	
	wapń całkowity	
	fosfor nieorganiczny	
	magnez	
CRP ilościowo		
HBs przeciwciała		
IgE całkowite		
markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21		
15. Rehabilitacja	cykloergometr, bieżnia, stepper,	maksymalnie 1 świadczenie na każde Poważne zachorowanie (do 10 zabiegów/sesji stanowiących łącznie 1 świadczenie)
	ćwiczenia ogólnousprawniające,	
	trening oporowy,	
	fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa	
Badania specjalistyczne		
16. Biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)		świadczenia do wielokrotnego wykorzystania maksymalnie do limitu ilościowego wskazanego w Polisie
17. RTG		
18. USG		
19. Rezonans magnetyczny		maksymalnie jedno badanie na każde Poważne zachorowanie
20. Tomografia komputerowa		maksymalnie jedno badanie na każde Poważne zachorowanie

telefoniczna informacja medyczna w zakresie	
<ul style="list-style-type: none"> · danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia prowadzących leczenie Poważnych zachorowań; · działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami; · danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne po Poważnym zachorowaniu; · danych teleadresowych placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny; · sposobów, w jaki należy się przygotowywać do operacji, zabiegów lub badań medycznych; · diet, zdrowego żywienia; · danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów; · danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę. 	bez limitu
świadczenia opiekuńcze	
proces rehabilitacyjny: <ul style="list-style-type: none"> • wizyty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania albo • wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej (wraz z kosztami transportu i zabiegów rehabilitacyjnych), na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania na rehabilitację od Lekarza prowadzącego leczenie; 	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania maksymalnie do limitu kwotowego wskazanego w Polisie
wypożyczenie albo zakup oraz transport Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania, na podstawie sporządzonego na piśmie zalecenia używania Sprzętu rehabilitacyjnego od Lekarza prowadzącego leczenie;	
dostarczenie posiłków do Miejsca zamieszkania; koszty posiłków pokrywa Ubezpieczony;	
dostarczenie leków zaordynowanych Lekarza prowadzącego leczenie do Miejsca zamieszkania; Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Allianz recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz pokrycie przez Ubezpieczonego kosztów zakupu tych leków;	
wizyta pielęgniarki w Miejscu zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia opieki pielęgniarskiej od Lekarza prowadzącego leczenie, obejmująca koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego leczenie. Dodatkowe koszty sprawowania opieki pielęgniarskiej (zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony;	
zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego;	
transport medyczny – na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie: <ul style="list-style-type: none"> • do Placówki medycznej – z Miejsca zamieszkania, • pomiędzy Placówkami medycznymi – w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, • z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania; 	
psycholog – w Miejscu zamieszkania lub w poradni zdrowia psychicznego.	

- 5) Allianz zapewnia organizację i pokrywa koszty świadczeń medycznych i świadczeń opiekuńczych do wysokości limitów kwotowych i ilościowych wskazanych w Polisie, które stanowią górną granicę odpowiedzialności Allianz z tytułu wystąpienia Wypadku.
- 6) Świadczenia medyczne są realizowane z uwzględnieniem maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, spośród dostępnych 20 (dwudziestu) świadczeń medycznych.
- 7) Realizacja któregokolwiek ze świadczeń medycznych pomniejsza maksymalną liczbę świadczeń medycznych do wykorzystania.
- 8) W ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania istnieje możliwość skorzystania kilkakrotnie z tego samego rodzaju świadczeń medycznych, z wyłączeniem poniższych świadczeń medycznych:
 - a) tomografia komputerowa;
 - b) rezonans magnetyczny;
 - c) rehabilitacja
 dla których w § 11 ust. 14 pkt 4) ustalono odrębne limity. Skorzystanie z danego świadczenia medycznego spośród wymienionych w pkt 1-3 niniejszego ustępu w ramach ustalonego limitu oznacza wykorzystanie jednego świadczenia medycznego w ramach maksymalnej liczby świadczeń medycznych. Takie świadczenie medyczne może być wykorzystane tylko 1 raz po każdym Poważnym zachorowaniu.
- 9) Świadczenie – diagnostyka laboratoryjna – traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez Lekarza prowadzącego leczenie.
- 10) Świadczenia opiekuńcze są realizowane do wysokości maksymalnego łącznego limitu kwotowego wskazanego w Dokumencie ubezpieczenia, z możliwością kilkakrotnego skorzystania z tego samego rodzaju świadczenia opiekuńczego.

§ 12. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Postanowienia dotyczące wszystkich świadczeń
 - 1) W razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający, Ubezpieczony (lub inna osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany niezwłocznie skontaktować się z Allianz w formie pisemnej, telefonicznej lub elektronicznej za pośrednictwem e-mail i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń:
 - a. dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko Ubezpieczonego oraz datę urodzenia);
 - b. datę wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - c. numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - d. opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
 Adres korespondencyjny, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej Allianz są wskazane na Polisie.
 - 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, Allianz poinformuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, a także poinformuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 - 3) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej, uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie także pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

- 4) Allianz wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 5) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz spełni w terminie przewidzianym w ust. 4.
 - 6) Jeżeli w terminie 30 dni licząc od daty zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Allianz nie wypłaci świadczenia, powiadomi on na piśmie:
 - a. osobę występującą z roszczeniem oraz
 - b. Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
 o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część świadczenia.
 - 7) Dla Zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedkładanie dokumentacji medycznej w języku angielskim, jak również w języku obowiązkowym w państwie, na terytorium którego wystąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.
2. Postanowienia dotyczące Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku
- 1) Podstawą do rozpatrzenia przez Allianz roszczenia z tytułu Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku jest złożenie następujących dokumentów:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, lub osoby występującej w jego imieniu;
 - c) opis okoliczności wystąpienia Wypadku;
 - d) karta wypadku lub protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku wraz z załącznikami do protokołu wypadkowego – jeżeli Wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - e) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji;
 - f) orzeczenie kończące postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie, jeżeli postępowanie takie było w danym wypadku prowadzone, a także inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia;
 - g) kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka po Wypadku;
 - h) dokument potwierdzający uprawnienia Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka do kierowania pojazdem w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku w którym Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko byli osobą kierującą;
 - i) dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku, w którym Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko byli osobą kierującą;
 - j) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wplynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia
3. Postanowienia dotyczące Śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku
- 1) Podstawą do rozpatrzenia przez Allianz roszczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku jest złożenie następujących dokumentów:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - c) dokument potwierdzający tożsamość Uposażonego lub osoby występującej w jego imieniu;
 - d) opis okoliczności wystąpienia Wypadku;
 - e) karta wypadku lub protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku wraz z załącznikami do protokołu wypadkowego – jeżeli Wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - f) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji;
 - g) orzeczenie kończące postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie, jeżeli postępowanie takie było w danym wypadku prowadzone, a także inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia;
 - h) kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego po Wypadku;
 - i) kopia protokołu sekcji zwłok wraz z wynikami badań przeprowadzonych w trakcie sekcji,
 - j) dokument potwierdzający uprawnienia Ubezpieczonego do kierowania pojazdem w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku, w którym Ubezpieczony był osobą kierującą;
 - k) dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku, w którym Ubezpieczony był osobą kierującą;
 - l) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wplynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia
 - 2) Prawo do świadczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku przysługuje Uposażonemu. W razie niewyznaczenia Uposażonego lub gdy Uposażony nie żył w dniu zgonu Ubezpieczonego albo gdy Uposażony utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - a) współmatłonkowi;
 - b) dzieciom w równych częściach (wobec braku współmatłonka);
 - c) rodzicom w równych częściach (wobec braku dzieci i współmatłonka);
 - d) rodzeństwu w równych częściach (wobec braku rodziców, dzieci i współmatłonka);
 - e) dalszym spadkobiercom ustawowym w równych częściach (wobec braku osób wymienionych powyżej).
 - 3) W sytuacji, gdy suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
 - 4) Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała śmierć Ubezpieczonego.
4. Postanowienia dotyczące Śmierci Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku
- 1) Podstawą do rozpatrzenia przez Allianz roszczenia z tytułu Śmierci Rodzica Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku jest złożenie następujących dokumentów:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - c) akt urodzenia Ubezpieczonego Dziecka,
 - d) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego Dziecka lub osoby występującej w jego imieniu;
 - e) opis okoliczności wystąpienia Wypadku;
 - f) notatka policyjna;
 - g) orzeczenie kończące postępowanie karne, a także inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia;
 - h) kopia protokołu sekcji zwłok wraz z wynikami badań przeprowadzonych w trakcie sekcji;
 - i) kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji Rodzica Ubezpieczonego Dziecka po Wypadku;
 - j) karta wypadku lub protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku wraz z załącznikami do protokołu wypadkowego – jeżeli Wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - k) dokument potwierdzający uprawnienia Rodzica Ubezpieczonego Dziecka do kierowania pojazdem w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku w którym Rodzic Ubezpieczonego Dziecka był osobą kierującą;
 - l) dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku w którym Ubezpieczony był osobą kierującą;
 - m) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wplynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia
 - 2) Prawo do świadczenia z tytułu Śmierci Rodzica Ubezpieczonego Dziecka po Wypadku w wyniku wypadku przysługuje Ubezpieczonemu Dziecku.
 - 3) Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała śmierć Ubezpieczonego.
5. Postanowienia dotyczące Wstrząśnienia mózgu w wyniku Wypadku
- 1) Podstawą do rozpatrzenia przez Allianz roszczenia z tytułu Wstrząśnienia mózgu w wyniku Wypadku jest złożenie następujących dokumentów:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, lub osoby występującej w jego imieniu;
 - c) opis okoliczności wystąpienia Wypadku;
 - d) kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka po Wypadku, potwierdzająca wystąpienie wstrząśnienia mózgu;

- e) karta wypadku lub protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku wraz z załącznikami do protokołu wypadkowego – jeżeli Wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - f) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia Policji;
 - g) orzeczenie kończące postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie, jeżeli postępowanie takie było w danym wypadku prowadzone, a także inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia;
 - h) dokument potwierdzający uprawnienia Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka do kierowania pojazdem w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku w którym Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko byli osobą kierującą;
 - i) dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku w którym Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko byli osobą kierującą;
 - j) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia
- 2) Allianz zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonej dokumentacji medycznej, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
6. Postanowienia dotyczące Pogryzienia Ubezpieczonego Dziecka przez psa
- 1) Podstawą do rozpatrzenia przez Allianz roszczenia z tytułu Pogryzienia Ubezpieczonego Dziecka przez psa jest złożenie następujących dokumentów:
- a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, lub osoby występującej w jego imieniu;
 - c) opis okoliczności wystąpienia Wypadku;
 - d) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia Policji;
 - e) kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia Ubezpieczonego Dziecka po Wypadku, potwierdzająca, że powstałe obrażenia ciała Ubezpieczonego Dziecka są wynikiem pogryzienia przez psa;
 - f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia
- 2) Allianz zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonej dokumentacji medycznej, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
7. Postanowienia dotyczące Pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku
- 1) W celu wypłaty świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku należy dołączyć następujące dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia:
- a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, lub osoby występującej w jego imieniu;
 - c) opis okoliczności wystąpienia Wypadku;
 - d) karta informacyjna leczenia szpitalnego Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka po Wypadku;
 - e) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia Policji;
 - f) karta wypadku lub protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku wraz z załącznikami do protokołu wypadkowego – jeżeli Wypadek jest kwalifikowany jako Wypadek przy pracy;
 - g) orzeczenie kończące postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie, jeżeli postępowanie takie było w danym wypadku prowadzone, a także inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia;
 - h) dokument potwierdzający uprawnienia Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka do kierowania pojazdem w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku w którym Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko byli osobą kierującą;
 - i) dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku w którym Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko byli osobą kierującą;
 - j) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia
- 2) Allianz zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonej dokumentacji medycznej, kontaktując się w tym celu ze Szpitalem lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
8. Postanowienia dotyczące Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Wypadku
- 1) W celu wypłaty świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Wypadku należy dołączyć następujące dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia:
- a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub osoby występującej w jego imieniu;
 - c) opis okoliczności wystąpienia Wypadku;
 - d) kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia Ubezpieczonego;
 - e) kopia zaświadczenia lekarskiego (lub zaświadczeń lekarskich wystawionych przez ten sam podmiot i w przypadku których zachowana zostaje ciągłość), stwierdzającego u Ubezpieczonego niezdolność do pracy w wyniku Wypadku przez okres nieprzerwanie co najmniej 30 dni,
 - f) kopie rachunków za usługi i media (czynsz, energię elektryczną, gaz, wodę, odprowadzanie ścieków, wywóz śmieci, telefon, telewizję kablową, telewizję cyfrową, abonament radiowo-telewizyjny, abonament internetowy), wystawionych na adres wskazany przez Ubezpieczonego podczas zgłoszenia Wypadku.
 - g) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia
- 2) Allianz zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonej dokumentacji medycznej, kontaktując się w tym celu ze Szpitalem lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
9. Postanowienia dotyczące Poważnego zachorowania
- 1) Podstawą do rozpatrzenia przez Allianz roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania jest złożenie następujących dokumentów:
- a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, lub osoby występującej w jego imieniu;
 - c) kompletna dokumentacja medyczna z wystąpienia objawów, diagnostyki i leczenia Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka;
- 2) Allianz zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonej dokumentacji medycznej, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.

§ 13. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

1. Postanowienia dotyczące Organizacji i pokrycia kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku.
- 1) W celu Organizacji i pokrycia kosztów pobytu opiekuna w szpitalu/hotelu w przypadku pobytu Ubezpieczonego Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku należy przesać następujące dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia:
- a) dokumentacja medyczna sporządzona przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku, zawierająca datę zaistnienia Wypadku,
 - b) dokument ze Szpitala zawierający datę przyjęcia do Szpitala Ubezpieczonego Dziecka w związku z Wypadkiem.
- 2) Allianz zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonej dokumentacji medycznej, kontaktując się w tym celu ze Szpitalem lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
2. Postanowienia dotyczące Organizacji i pokrycia kosztów korepetycji lub organizacji i pokrycie kosztów opiekuna dla Ubezpieczonego Dziecka
- 1) W celu Organizacji i pokrycia kosztów korepetycji lub organizacji i pokrycie kosztów opiekuna dla Ubezpieczonego Dziecka należy przesać następujące dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia:
- a) kompletna dokumentacja medyczna sporządzona przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego Dziecka w wyniku Wypadku, zawierająca datę zaistnienia Wypadku,
 - b) pisemne zalecenie od Lekarza prowadzącego leczenie pozostawiania Ubezpieczonego Dziecka w domu przez okres co najmniej 14 dni.
 - c) w zakresie świadczenia korepetycje dla Ubezpieczonego Dziecka – dodatkowo zaświadczenie ze szkoły o nieobecności

- Ubezpieczonego Dziecka przez okres co najmniej 14 dni, zawierające daty nieobecności Ubezpieczonego w szkole
- 2) Allianz zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonej dokumentacji medycznej, kontaktując się w tym celu ze Szpitalem lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
3. Postanowienia dotyczące Świadczenia assistance po Wypadku – pomoc w powrocie do zdrowia
 - 1) W celu realizacji świadczeń medycznych lub świadczeń opiekuńczych po Wypadku należy przestać następujące dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia:
 - a) kompletna dokumentacja medyczna sporządzona przez Lekarza prowadzącego leczenie w związku z Wypadkiem Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, zawierająca datę wystąpienia Wypadku, z której jednoznacznie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Wypadku;
 - b) kopia skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka do przeprowadzenia konsultacji, badań lub zalecenia dodatkowych świadczeń.
 - 2) Allianz zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
 - 3) W przypadku powzięcia przez Allianz nowych informacji (w związku z weryfikacją przedłożonych dokumentów, mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczeń w związku ze zgłoszonym roszczeniem o świadczenie, Allianz, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz.
 - 4) W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, Lekarz Allianz w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Wypadek uprawniający do udzielenia świadczenia.
 - 5) W przypadku nieuznania odpowiedzialności Allianz w zakresie wnioskowanego świadczenia, Allianz nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania kompletu dokumentów, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
 - 6) Koszty świadczeń medycznych i świadczeń opiekuńczych po Wypadku pokrywane są przez Allianz bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia.
 4. Postanowienia dotyczące Organizacji i pokrycia kosztów operacji ortopedycznych i plastycznych związanych z Wypadkiem
 - 1) W celu Organizacji i pokrycia kosztów operacji ortopedycznych i plastycznych związanych z Wypadkiem, należy przestać następujące dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia:
 - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, lub osoby występującej w jego imieniu;
 - c) opis okoliczności wystąpienia Wypadku;
 - d) karta wypadku lub protokół ustalenia okoliczności i przyczyn Wypadku wraz z załącznikami do protokołu wypadkowego – jeżeli Wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - e) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji;
 - f) orzeczenie kończące postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie, jeżeli postępowanie takie było w danym Wypadku prowadzone, a także inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia;
 - g) kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka po Wypadku zawierająca datę wystąpienia Wypadku, z której jednoznacznie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem Wypadku;
 - h) kopia skierowania na zabieg operacyjny wystawiona przez Lekarza prowadzącego leczenie, potwierdzająca zalecenie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z zakresu chirurgii ortopedycznej lub zabiegu operacyjnego z zakresu chirurgii plastycznej w celu usunięcia okaleczeń lub deformacji ciała powstałych wskutek Wypadku Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka;
 - i) dokument potwierdzający uprawnienia Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka do kierowania pojazdem w przypadku gdy do zdarzenia doszło w wyniku Wypadku w którym Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko byli osobą kierującą;
 - j) dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego w przypadku, gdy do zdarzenia doszło w wyniku
- Wypadku w którym Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko byli osobą kierującą;
- k) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wplynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia
 - l) dokumentacja medyczna sporządzona przez Lekarza prowadzącego leczenie w związku z Wypadkiem, zawierającej datę wystąpienia Wypadku, z której jednoznacznie wynika, że powstałe obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia są następstwem Wypadku (karta informacyjna z hospitalizacji lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza prowadzącego leczenie);
5. Postanowienia dotyczące Świadczenia assistance w przypadku ukąszenia kleszcza
 - 1) W celu uzyskania zwrotu kosztów antybiotykoterapii w przypadku ukąszenia Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka przez kleszcza należy dołączyć następujące dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia:
 - a) dokumentacja medyczna sporządzona przez Lekarza prowadzącego leczenie w związku z ukąszeniem Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka przez kleszcza, potwierdzająca zalecenie przeprowadzenia antybiotykoterapii w związku z potwierdzonym wynikiem badania, że kleszcz jest nosicielem patogenów *borrelia burgdorferi* lub *babesia divergens*;
 - b) kopia imiennych rachunków za antybiotykoterapię i dowodów ich optacenia.
 6. Postanowienia dotyczące Świadczenia assistance – pomoc w chorobie
 - 1) W celu realizacji świadczeń medycznych lub świadczeń opiekuńczych pomoc w chorobie należy przestać następujące dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia:
 - a) kompletna dokumentacja medyczna sporządzona przez Lekarza prowadzącego leczenie, zawierająca datę wystąpienia u Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka Poważnego zachorowania;
 - b) kopia skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia u Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka konsultacji, badań lub zalecenia dodatkowych świadczeń.
 - 2) Allianz zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
 - 3) W przypadku powzięcia przez Allianz nowych informacji w związku z weryfikacją przedłożonych dokumentów, mających związek z ustaleniem zasadności realizacji świadczeń w związku ze zgłoszonym roszczeniem o świadczenie, Allianz, w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz.
 - 4) W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, Lekarz Allianz w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zachorowanie stanowi Poważne zachorowanie uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
 - 5) W przypadku nieuznania odpowiedzialności Allianz w zakresie wnioskowanego świadczenia, Allianz nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 1 albo ust. 3 pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
 - 6) Koszty świadczeń medycznych i świadczeń assistance po Poważnym zachorowaniu pokrywane są przez Allianz bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek medycznych realizujących te świadczenia.

§ 14. REKLAMACJE

1. 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:
 - a. 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 postańca,
 - b. ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,

- c. w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
 3. 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 wystanie 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.
 4. 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.
 5. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
 6. Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
 7. W przypadku klienta będącego osobą fizyczną wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego. Zgodnie z art. 37 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym Allianz jest zobowiązany do udziału w pozasądowym postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów, które jest przeprowadzane przez Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl)
 8. Pozew lub wniosek lub o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do sądu polubownego działającego przy Komisji Nadzoru Finansowego. Rozpatrzenie sprawy przez sąd polubowny wymaga zgody Allianz.
 9. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy Allianz a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów – platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz skargi dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

4. Przy wykonywaniu Umowy ubezpieczenia prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.
5. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
6. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
7. Językiem obowiązującym w korespondencji i kontaktach z Allianz jest język polski. Dopuszcza się przedłożenie dokumentacji medycznej w języku angielskim, jak również w języku obowiązującym w państwie, na terenie którego wystąpił Wypadek ubezpieczeniowy.
8. Centrum operacyjne na zlecenie Allianz zwraca Ubezpieczonemu lub osobie, która w jego imieniu kontaktowała się z Centrum operacyjnym, koszty realizowanych połączeń telefonicznych z Centrum operacyjnym w związku z zajęciem Wypadku ubezpieczeniowego. Zwrot kosztów następuje na podstawie wydruku zrealizowanych połączeń telefonicznych – bilingu zawierającego potwierdzenie przeprowadzonych rozmów z Centrum operacyjnym. Refundacja następuje w walucie kraju zamieszkania Ubezpieczonego i stanowi równoważność kwot w innych walutach, udokumentowanych za pomocą bilingu, przeliczonych na walutę kraju zamieszkania Ubezpieczonego według średniego kursu waluty, opublikowanego przez NBP w tabeli A kursów średnich walut obcych z dnia poniesienia kosztu przez Ubezpieczonego lub osobę, która w jego imieniu kontaktowała się z Centrum operacyjnym.
9. Integralną częścią Umowy ubezpieczenia są Załącznik nr 1 do OWU Tabela norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu, Załącznik nr 2 do OWU Wykaz procedur medycznych oraz Załącznik nr 3 do OWU Katalog Poważnych zachorowań.
10. Niniejsze Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Strefa NNW zostały przyjęte uchwałą Zarządu TUIR Allianz Polska S.A. nr 84/2018 z dnia 14.08.2018 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 20.08.2018 roku.


 RADOŚLAW KAMIŃSKI
 WICEPREZES ZARZĄDU


 GRZEGORZ KULIK
 WICEPREZES ZARZĄDU


 KRZYSZTOF WANATOWICZ
 CZŁONEK ZARZĄDU

§ 15. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

1. Allianz jest administratorem danych osobowych zbieranych w związku z zawarciem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU. Pełna treść klauzuli opisującej zasady na jakich Allianz przetwarza dane osobowe udostępniana jest przy zawarciu Umowy ubezpieczenia. Informacje na temat zasad przetwarzania przez Allianz danych osobowych dostępne są również na stronie www.allianz.pl.

§ 16. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wprowadzenie do Umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od niniejszych OWU wymaga formy pisemnej i przyjęcia tych postanowień przez obie strony umowy pod rygorem nieważności. Różnicę pomiędzy treścią Umowy ubezpieczenia a OWU Allianz przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, chyba że do zawarcia Umowy ubezpieczenia dochodzi w wyniku negocjacji stron.
2. Wszelkie zawiadomienia, oświadczenia i wyjaśnienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności z wyjątkiem zgłoszenia szkody telefonicznie lub w formie elektronicznej poprzez e-mail, o którym mowa w § 12 ust. 1 pkt 1). O dotrzymaniu określonych w niniejszych OWU terminów decyduje data wpływu do jednego z następujących podmiotów: Centrala Allianz (podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz), jednostki organizacyjnej Allianz, przedstawiciela Allianz (agent ubezpieczeniowy współpracujący z Allianz) lub Centrum operacyjnego.
3. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu a w przypadku Ubezpieczającego i Ubezpieczonego również o każdej zmianie danych osobowych.

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Strefa NNV.

Tabela norm oceny stopnia Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku

1. Maksymalny Uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku nie może przekroczyć 100%.
2. Nie sumuje się Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku w postaci złamania i utraty tej samej kończyny.
3. Przy urazach wielomiejscowych w obrębie kończyny łączna wysokość Uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku nie może przekroczyć wartości za utratę części lub odpowiednio całości kończyny.

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku
OPARZENIA/ODMROŻENIA (II i III stopnia)		
1.	oparzenia/odmrożenia obejmujące 5 – 15% powierzchni ciała	10
2.	oparzenia/odmrożenia obejmujące 16 – 30% powierzchni ciała	25
3.	oparzenia/odmrożenia obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	45
CAŁKOWITA UTRATA ZMYŚŁÓW WZROKU/SŁUCHU/WĘCHU/SMAKU		
4.	gałki ocznej lub wzroku w jednym oku	30
5.	obu gałek ocznych lub wzroku w obydwu oczach	100
6.	słuchu w jednym uchu	30
7.	słuchu w obu uszach	60
8.	węchu	10
9.	języka i zmysłu smaku łącznie	50
CAŁKOWITA UTRATA NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH		
10.	utrata płata płucnego	50
11.	utrata śledziony	15
12.	utrata jednej nerki	20
13.	utrata obu nerek	50
14.	utrata żołądka	20
15.	utrata jelita cienkiego lub grubego (powyżej 50% długości narządów)	20
16.	utrata wątroby (powyżej 50% miąższu)	20
UTRATA KOŃCZYNY LUB WŁADZY NAD POSZCZEGÓLNYMI KOŃCZYNAMI		
17.	kończyna górna w stawie barkowym	70
18.	kończyna górna powyżej stawu łokciowego, a poniżej stawu barkowego	65
19.	kończyna górna poniżej stawu łokciowego, a powyżej nadgarstka	60
20.	kończyna górna poniżej lub na wysokości nadgarstka	55
21.	kończyna dolna powyżej środkowej części uda	70
22.	kończyna dolna poniżej środkowej części uda a powyżej stawu kolanowego	60
23.	kończyna dolna poniżej stawu kolanowego, a powyżej środkowej części	50
24.	kończyna dolna poniżej środkowej części podudzia, a powyżej stopy	45
25.	kończyna dolna – stopa w stawie skokowym	40
26.	kończyna dolna – stopa z wyłączeniem pięty	30
UTRATA PALCÓW (częściowa utrata oznacza utratę fragmentu kostnego)		
27.	całkowita utrata kciuka	20
28.	częściowa utrata kciuka	10
29.	całkowita utrata palca wskazującego	10
30.	częściowa utrata palca wskazującego	5
31.	całkowita utrata innego palca u ręki	5
32.	częściowa utrata innego palca u ręki	2
33.	całkowita utrata palucha	5
34.	częściowa utrata palucha	2
35.	całkowita utrata innego palca u stopy	2

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku
ZŁAMANIA		
36.	złamania kości miednicy, kości w obrębie stawu biodrowego (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej, kości ogonowej), w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze, złamania pod- i przekrętarzowe)	
	a) wieloodłamowe otwarte	25
	b) inne złamania otwarte	10
	c) inne złamania wieloodłamowe	8
37.	d) inne złamania	5
	złamania kości ramiennej/udowej	
	a) wieloodłamowe otwarte	15
	b) inne złamania otwarte	10
38.	c) inne złamania wieloodłamowe	8
	d) inne złamania	3
	złamanie kości podudzia	
	a) wieloodłamowe otwarte	10
39.	b) inne złamania otwarte	8
	c) inne złamania wieloodłamowe	5
	d) inne złamania	3
	złamania kości podstawy i sklepienia czaszki, złamanie łopatki	
40.	a) wieloodłamowe otwarte	15
	b) inne złamania otwarte	10
	c) inne złamania wieloodłamowe	8
	d) inne złamania	5
41.	złamania kości: twarzoczaszki, żuchwy, kciuka (paliczki kciuka i kości śródreżca kciuka), palca wskazującego, rzepki, kości skokowej, piętowej	
	a) wieloodłamowe otwarte	10
	b) inne złamania otwarte	6
	c) inne złamania wieloodłamowe	4
42.	d) inne złamania	2
	złamania kości: talerza biodrowego, kołców biodrowych, guza kulszowego, trzonu kręgow	
	a) złamania otwarte	8
	b) inne złamania	3
43.	złamania kości: łokciowej, promieniowej, łokciowej stopy, sześcienniej, klinowatych	
	a) wieloodłamowe otwarte	8
	b) inne złamania otwarte	6
	c) inne złamania wieloodłamowe	4
44.	d) inne złamania	2
	złamania kości: żeber, obojczyka, mostka, palców dłoni i stóp (z wyjątkiem kciuka i wskazującego), ogonowej, wyrostków ościstych i poprzecznych kręgosłupa, łonowej, kulszowej	
	a) złamania otwarte	8
	b) inne złamania	3
45.	złamania kości: śródstopia i śródreżca (oprócz kości śródreżca kciuka), nadgarstka	
	a) złamania otwarte	6
	b) inne złamania	2
	ZWICHNIĘCIA I SKRĘCENIA	
46.	zwichnięcia/skręcenia w obrębie kręgosłupa szyjnego	10
47.	zwichnięcia w obrębie kręgosłupa piersiowego	20
48.	zwichnięcia w obrębie kręgosłupa lędźwiowego	15
49.	zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	5
50.	zwichnięcie stawu barkowego	5
51.	zwichnięcie stawu łokciowego	8
52.	zwichnięcia w obrębie stawów nadgarstka	6
53.	zwichnięcie w stawie kciuka	3
54.	zwichnięcie w stawie palca wskazującego	2

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku
54.	zwichnięcie stawu biodrowego	12
55.	zwichnięcie stawu kolanowego	10
56.	zwichnięcie stawu skokowego górnego	5
57.	zwichnięcie stawu Choparta	5
58.	zwichnięcie stawu Lisfranca	5
59.	zwichnięcie stawu palucha	2
60.	skręcenie w obrębie kręgosłupa piersiowego	6
61.	skręcenie w obrębie kręgosłupa lędźwiowego	4
62.	skręcenie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	1
63.	skręcenie stawu barkowego	2
64.	skręcenie stawu łokciowego	2
65.	skręcenie w obrębie stawów nadgarstka	1
66.	skręcenie w stawie kciuka	1
67.	skręcenie w stawie palca wskazującego	1
68.	skręcenie stawu biodrowego	3
69.	skręcenie stawu kolanowego	3
70.	skręcenie stawu skokowego górnego	1
71.	skręcenie stawu Choparta	1
72.	skręcenie stawu Lisfranca	1
73.	skręcenie stawu palucha	1
INNE URAZY		
74.	utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości	
	a) na powierzchni co najmniej 6 cm ²	30
	b) na powierzchni od 3 do 6 cm ²	20
	c) na powierzchni mniejszej niż 3 cm ²	10
75.	utrata zębów – co najmniej 50% korony	
	a) siekacze, kły	1
	b) pozostałe zęby za każdy ząb począwszy od dwóch	1
76.	utrata ucha	
	a) utrata jednej małżowiny	15
	b) utrata obu małżowin	25
77.	uszkodzenie krtani skutkujące koniecznością stałego noszenia rurki tchawiczej oraz	
	a) zaburzeniami głosu	30
	b) całkowitym bezgłosem	60
78.	utrata nosa w całości	30
79.	utrata żuchwy	50
80.	uszkodzenie płuc i opłucnej	
	a) bez niewydolności oddechowej	5
	b) z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	25
81.	uszkodzenie serca	
	a) z wydolnym układem krążenia	15
	b) prowadzące do niewydolności krążenia	40
82.	uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	30
83.	uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej prowadzące do nietrzymania moczu	20
84.	utrata prącia	40
85.	utrata jednego jądra lub jajnika	20
86.	utrata macicy	40
87.	rana cięta, szarpana lub miażdżona	
	a) w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
	b) w obrębie pozostałych części ciała	1
88.	BRAK USZCZERBKU NA ZDROWIU W TABELI (Tabela nie przewiduje takiego Uszczerbku)	0

Wykaz procedur medycznych

PROCEDURY MEDYCZNE	
1.	ZABIEGI AMBULATORYJNE
1)	AMBULATORYJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE
a)	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
b)	Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
c)	Usunięcie szwów
d)	Zmiana opatrunku
e)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie – mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
f)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie – średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obończykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
g)	Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
h)	Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn,
i)	Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych
j)	Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite
2)	AMBULATORYJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE
a)	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
3)	AMBULATORYJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE
a)	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
b)	Usunięcia ciała obcego lub złoju w obrębie układu wzrokowego, przewodów łzowych
c)	Wstrzyknięcie podspojówkowe
4)	AMBULATORYJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE
a)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
b)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
c)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
d)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
e)	Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
f)	Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
g)	Zastosowanie gipsu biodrowego
h)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – od barku do ręki (ramienny)
i)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – od łokcia do palca (przedramienia)
j)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ręką i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)
k)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – palec (np. przykurcz)
l)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego
m)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny
n)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
o)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)

PROCEDURY MEDYCZNE	
2.	BADANIA LABORATORYJNE
1)	Morfologia krwi obwodowej – kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
2)	Morfologia krwi obwodowej – kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
3)	Morfologia krwi obwodowej – z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
4)	Morfologia krwi obwodowej – retikulocytoza; ręcznie
5)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie
6)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie
3.	BADANIA RADIOLOGICZNE
1)	Badanie radiologiczne – czaszka
2)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa; jedna projekcja – czołowa PA
3)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa; dwie projekcje – czołowa PA i boczna
4)	Badanie radiologiczne – żuchwa
5)	Badanie radiologiczne – układ kostny twarzy
6)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa; specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)
7)	Badanie radiologiczne – żebra; jednostronne
8)	Badanie radiologiczne – żebra; obustronne
9)	Badanie radiologiczne – mostek
10)	Badanie radiologiczne – staw lub stawy mostkowo-obończykowe
11)	Badanie radiologiczne – kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna
12)	Badanie radiologiczne – kręgosłup szyjny
13)	Badanie radiologiczne – kręgosłup – odcinek piersiowo-łędźwiowy; w pozycji stojącej (skolioza)
14)	Badanie radiologiczne – kręgosłup – odcinek piersiowy
15)	Badanie radiologiczne – kręgosłup – odcinek piersiowo-łędźwiowy
16)	Badanie radiologiczne – kręgosłup – odcinek łędźwiowo-krzyżowy
17)	Badanie radiologiczne – miednica
18)	Badanie radiologiczne – stawy krzyżowo-biodrowe
19)	Badanie radiologiczne – kość krzyżowa i kość ogonowa
20)	Badanie radiologiczne – obojczyk; całkowite
21)	Badanie radiologiczne – łopatką; całkowite
22)	Badanie radiologiczne – bark
23)	Badanie radiologiczne – stawy barkowo-obończykowe
24)	Badanie radiologiczne – kość ramienna
25)	Badanie radiologiczne – staw łokciowy
26)	Badanie radiologiczne – przedramię
27)	Badanie radiologiczne – nadgarstek
28)	Badanie radiologiczne – ręką
29)	Badanie radiologiczne – palec (palce) ręki
30)	Badanie radiologiczne – biodro
31)	Badanie radiologiczne – kość udowa
32)	Badanie radiologiczne – kolano
33)	Badanie radiologiczne – oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA
34)	Badanie radiologiczne – piszczel i strzałka
35)	Badanie radiologiczne – staw skokowy
36)	Badanie radiologiczne – stopa
37)	Badanie radiologiczne – kość piętowa
38)	Badanie radiologiczne – jama brzuszna; pojedyncza projekcja PA

PROCEDURY MEDYCZNE	
4.	ULTRASONOGRAFIA
1)	Badanie ultrasonograficzne – klatka piersiowa
2)	Badanie ultrasonograficzne – jama brzuszna
3)	Badanie ultrasonograficzne miednicy
4)	Badanie ultrasonograficzne moszny i jej zawartości
5)	Badanie ultrasonograficzne – kończyna; nienaczyniowe
5.	REHABILITACJA
1)	Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
2)	Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
3)	Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje)
4)	Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna
5)	Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów
6)	Kinezyotaping
7)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – diatermia
8)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – podczerwień (sollux)
9)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – ultrafiolet
10)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – ultradźwięki
11)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – jonoforeza
12)	Galwanizacja
13)	Elektrostymulacja
14)	Tonoliza
15)	Prądy diadynamiczne
16)	Prądy interferencyjne
17)	Prądy Kotza
18)	Prądy Tens
19)	Prądy Traberta
20)	Impulsowe pole magnetyczne
21)	Laseroterapia (skaner, punktowo)
22)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów – okłady ciepłe lub zimne (termożele)
23)	Krioterapia – miejscowa
24)	Krioterapia – zabieg w kriokomorze
6.	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA
1)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg; bez kontrastu
2)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama albo ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; bez kontrastu
3)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa; bez kontrastu
4)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi; bez kontrastu
5)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa; bez kontrastu
6)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny; bez kontrastu
7)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu
8)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu
9)	Tomografia komputerowa – miednica; bez kontrastu
10)	Tomografia komputerowa – kończyna górna; bez kontrastu
11)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna; bez kontrastu
12)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna; bez kontrastu

PROCEDURY MEDYCZNE	
13)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg; z kontrastem
14)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama albo ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem
15)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa; z kontrastem
16)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi z kontrastem
17)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa; z kontrastem
18)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny; z kontrastem
19)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem
20)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem
21)	Tomografia komputerowa – miednica; z kontrastem
22)	Tomografia komputerowa – kończyna górna; z kontrastem
23)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna; z kontrastem
24)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna; z kontrastem
7.	REZONANS MAGNETYCZNY
1)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja; bez kontrastu
2)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); bez kontrastu
3)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); bez kontrastu
4)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek szyjny kręgosłupa; bez kontrastu
5)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego; kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek piersiowy kręgosłupa; bez kontrastu
6)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek lędźwiowy kręgosłupa; bez kontrastu;
7)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica; bez kontrastu
8)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu
9)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; bez kontrastu
10)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; bez kontrastu
11)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; bez kontrastu
12)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna; bez kontrastu
13)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja; z kontrastem
14)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu); z kontrastem
15)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia); z kontrastem;
16)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek szyjny kręgosłupa; z kontrastem
17)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek piersiowy kręgosłupa; z kontrastem
18)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość: odcinek lędźwiowy kręgosłupa; z kontrastem
19)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica; z kontrastem;
20)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem
21)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej; z kontrastem
22)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna; badanie nieskierowane na stawy; z kontrastem
23)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej; z kontrastem
24)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna; z kontrastem

Katalog Poważnych zachorowań

Katalog Poważnych zachorowań – nowotwory, Choroby układu nerwowego		
1.	Łagodny guz mózgu	A. Nieżłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwałe ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwiałków, – ziarniniaków, – ropni, – guzów rdzenia.
2.	Łagodny guz rdzenia	A. Nieżłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrzwardówkowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez laminektomię z dostępu przedniego lub podpotylicznego, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwałe ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwiałków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy, – urazów kręgosłupa.
3.	Nowotwór	A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony z tytułu umowy dodatkowej. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów „in situ”, – nowotworów współistniejących z infekcją HIV, – nowotworów skóry (z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 2 w klasyfikacji TNM).
4.	Paraliż	A. Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), powstała w przebiegu Choroby. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza specjalisty neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia porażenia lub ocenione przez Lekarza uprawnionego. B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje niedowładów kończyn określonych jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta.
Katalog poważnych zachorowań – zakażenia		
1.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	A. Ostra Choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
2.	Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu	A. Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej, objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęta jest wyłącznie posocznica o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagająca leczenia na oddziale intensywnej opieki medycznej. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
3.	Zapalenie mózgu	A. Ostra Choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.

Katalog poważnych zachorowań – niewydolność lub znaczne upośledzenie funkcjonowania narządu		
1.	Całkowita utrata wzroku	A. Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jej wystąpienia.
2.	Całkowita utrata słuchu	A. Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia utrata słuchu w obu uszach, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.
3.	Całkowita utrata mowy	A. Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, która nastąpiła wskutek resekcji narządu mowy, przewlekłej Choroby krtani lub uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu lub Wypadku, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa. B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
4.	Dystrofia mięśniowa	A. Ochroną objęte są postacie: – dystrofii Duchenne’a, – dystrofii Becker’a, – obreżczowo-kończynowe. Dziedziczna Choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym objawiająca się osłabieniem mięśni wskutek ich degeneracji, zaniku, atrofii prowadzących do trwałych zaburzeń ich funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Pierwsze rozpoznanie Choroby w Okresie ubezpieczenia powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.
5.	Cukrzyca typu I insulinozależna	A. Cukrzyca nabyta insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, trwającą co najmniej trzy miesiące B. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.
6.	Niewydolność nerek	A. Przewlekła niewydolność nerek spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca: regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepienia.
7.	Oparzenia skóry	A. Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia w warunkach hospitalizacji. Zakres ochrony obejmuje: a) oparzenia ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, b) oparzenia ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera). Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę wypadku prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria. B. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.
8.	Przeszczep	A. Dokonanie lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego do przeszczepu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby (również jej części), trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca lub szpiku kostnego (przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi). Dokonanie przeszczepu lub zarejestrowanie na Krajowej Liście Oczekujących prowadzonej przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: – nieodwracalnej schyłkowej niewydolności przeszczepianego narządu, do której doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, – przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
9.	Schyłkowa niewydolność wątroby	A. Występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności miąższu wątroby spowodowanej marskością, będące wyrazem ciężkich zaburzeń czynności wątroby i jej niezdolności do spełniania prawidłowych funkcji metabolicznych oraz syntezy białek. Objawy, których łączne występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: a) utrwalona żółtaczka, b) wodobrzusze, c) encefalopatia wątrobowa. B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
10.	Śpiączka	A. Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do trwałego ubytku neurologicznego; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. B. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje: – śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.

Notatki

A series of horizontal dotted lines for writing notes, starting below the 'Notatki' header and extending to the bottom of the page.

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

Zadzwoń do Twojego agenta